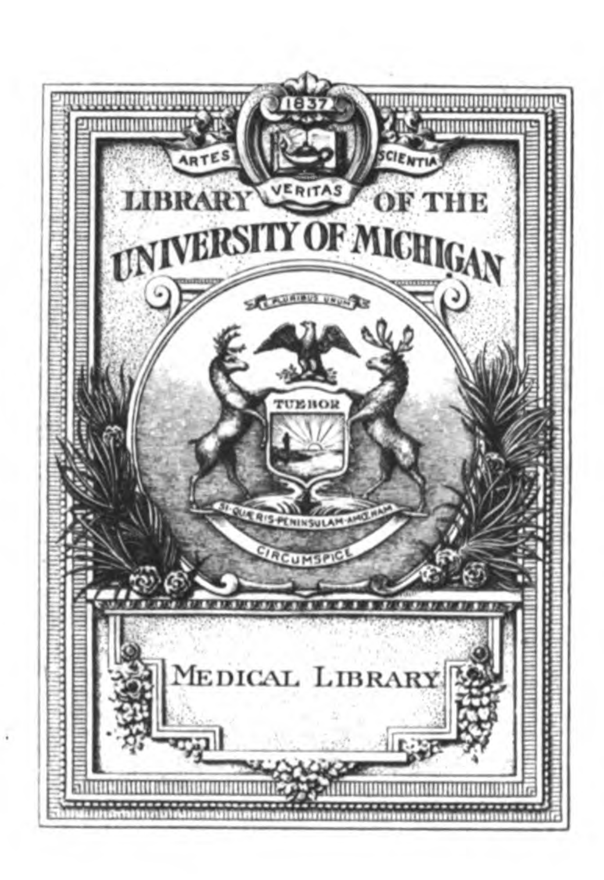






ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

XXIX. Jahrgang. 1916.



Berlin W. 62.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

I. Original-Mitteilungen.

A. Gerichtliche Medizin, gerichtliche Psychiatrie und Sachverständigen-Tätigkeit.

B. Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

C. Aus Versammlungen und Vereinen.

II. Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften u. s. w.[1])

A. Gerichtliche Medizin.

[1]) De Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Seite

D. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

1. Gutachten und Referate.

2. Gerichtliche Entscheidungen.[1]

[1]) Wo kein besonderer Vermerk gemacht ist, sind die nachstehenden Entscheidungen solche des Reichsversicherungsamts.

E. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.[1])

1. Bakteriologie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

2. Cholera.

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.



3. Pest, Gelbfieber, Fleckfieber.

4. Aussatz.

5. Rückfallfieber.

6. Schwarzwasserfieber.

7. Pocken, Varizellen und Schutzpockenimpfung.

8. Unterleibstyphus.

9. Paratyphus.

10. Fleisch-, Fisch- usw. Vergiftung.

11. Ruhr, Dysenterie.

12. Diphtherie.

13. Scharlach.

21. Lupus.

22. Geschlechtskrankheiten, Prostitution.

23. Wundinfektionskrankheiten.

24. Kropf.

25. Krebs und sonstige Geschwülste.

26. Milzbrand.

27. Sonstige Krankheiten.

28. Desinfektion und Bekämpfung von Fliegen und anderen Insekten.

F. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene, Heizung, Lüftung.

2. Bekämpfung der Staubplage, Straßenhygiene.

3. Wasserversorgung.

4. Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer; Reinhaltung der Flüsse.

5. Hygiene der Nahrungs- und Genußmittel und Gebrauchsgegenstände.

6. Gewerbehygiene.

7. Eisenbahnhygiene.

8. Mutterschutz, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Haltekinderwesen.

9. Schulhygiene.

10. Jugendfürsorge, Jugendspiele und Leibesübungen.

11. Krankenanstalten und Krankenfürsorge.

12. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

13. Blindenfürsorge.

14. Krüppelfürsorge.

15. Soziale Hygiene.

Seite

16. Statistik.

17. Medizinalbeamte und öffentliches Gesundheitswesen.

18. Apothekenwesen, Arzneiversorgung, Verkehr mit Giften.

19. Hebammen.

20. Niederes Heilpersonal.

21. Begräbniswesen.

III. Besprechungen.[1])

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

Tagesnachrichten.

Verschiedenes.

Sach-Register.

Namen-Verzeichnis.

29. Jahrgang; Nr. 1. Ausgegeben am 5. Januar 191

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 1.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

D. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

E. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bakteriologie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

2. Pocken.

3. Fleckfieber.

4. Ruhr.

5. Tuberkulose.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen der Charakter als Geheimer Medizinal-Rat: den ordentlichen Professoren der Medizin Prof. Dr. Alzheimer in Breslau (inzwischen gestorben), Dr. König in Marburg, Dr. von Hippel-Göttingen und Dr. Pels-Leusden-Greifswald; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Vossius, Kreisarzt in Marggrabowa (Reg.-Bez. Gumbinnen); — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Alzheimer in Breslau.

Königreich Bayern.

Ernannt: Der bezirksärztliche Stellvertreter Dr. O. Schöner in Rottach zum Bezirksarzt in Kemnath.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Eder in Grafenau (Niederbayern).

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Ernannt: San.-Rat Dr. Bielski in Marienmünster zum kommissarischen Kreisarzt in Schlettstadt (Unterelsaß), San.-Rat Dr. Meyer in Oberehnhein zum kommissarischen Kreisarzt in Erstein (Unterelsaß).

In den Ruhestand getreten: Geh. Reg.- u. Ober-Med.-Rat Dr. Philipp in Gotha.

Gestorben: Ob.-Med.-Rat Dr. Roggenbau in Neustrelitz.

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 1.	**Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.**	5. Jan.

Zur Typhusbekämpfung auf dem Lande.

Winke aus der Praxis und für die Praxis.

Von Med.-Rat Dr. **Graßl**, Bezirksarzt in Kempten (Allgau).

Nicht eine gelehrte Abhandlung, sondern schlichte Beobachtungen aus der Praxis sollen hier wiedergegeben werden. Die Berechtigung, von der Eigenerfahrung in der Typhusbekämpfung auf dem Lande zu sprechen, glaube ich zu haben: Wie ich in Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei 1892, Seite 219 u. ff. gezeigt habe, war ich zwei Jahrzehnte in einer Typhusgegend als Arzt tätig. Ich beobachtete in Vilshofen zwei Epidemien, eine sehr ausgebreitete Epidemie in dem Hügelland südlich der Donau, Teile der Bezirksämter Vilshofen und Griesbach umfassend, eine Epidemie in Burgstall und eine kleine in Sandbach, außerdem als Amtsarzt eine ländliche Epidemie in Arnbruck und Solla, Bezirksamt Viechtach; im Bezirksamt Lindau sah ich keine Typhusepidemie, im Bezirksamt Kempten drei kleine Lokalepidemien und nebenbei eine beträchtliche Anzahl von Hausepidemien und Einzelfälle. Die Gesamtzahl der von mir behandelten

Typhusfälle mag 300—400 betragen. Trotz dieser Kleinheit ist die Zahl doch durch die besonderen Außenumstände geeignet, Fingerzeige für manche Frage zu geben. Die Fälle waren fast durchweg auf dem Lande oder doch in so engumschlossenen Wohngemeinschaften aufgetreten, daß man sie in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf lange verfolgen konnte.

Wie fast alle älteren gegenwärtigen Amtsärzte Bayerns, war auch ich als Schüler v. Pettenkofers ein überzeugter Lokalist. Der Umstand, daß die Typhusfälle in gewissen Häusern sich stark häuften, daß ferner keine meiner Epidemien eine Winterepidemie war und namentlich der Umstand, daß sie alle sich von selbst verloren, sprachen für örtliche und zeitliche Einflüsse, die man im Boden suchte. Unterstützend kam noch dazu, daß in einem großen Bauernhofe in Aisterham Jahrzehnte hindurch fast alle Dienstboten an Typhus erkrankten, so daß die wirtschaftliche Existenz des anfänglich sehr wohlhabenden Bauers in Frage gestellt wurde. — Wie sich später herausstellte, war offenbar die Bäuerin eine Bazillenträgerin; denn mit ihrem (gewaltsamen) Tod hörten die Typhusfälle ohne weiteres auf.

Damals aber stand die Medizin unter der Einwirkung v. Pettenkofers; man zwang daher den Hofbesitzer die kostspieligsten „Verbesserungen“ ohne jeden Erfolg auf.

Neben dieser schon damals erkennbaren Nutzlosigkeit der amtlichen Vorkehrungen erregte die weitere Beobachtung meinen Zweifel an der lokalistischen Theorie, daß nämlich in einer großen Anzahl von Familien nur ein oder höchstens zwei Mitglieder erkrankten, in anderen Familien wieder nahezu alle; daß in mehreren Familien trotz aller Vorsicht die Krankheit um sich griff und dann plötzlich ohne jede erkennbare Ursache zum Stehen kam. Geradezu verblüffend war mir in der großen Teutelsbacher (Tillbacher) Epidemie die Beobachtung, daß in dem Großbauernhof des M. St. nahezu sämtliche Familienmitglieder und Dienstboten erkrankten, trotz der anscheinend guten hygienischen Verhältnisse, während bei dem dicht daneben wohnenden Stöhrschuster, der bei dem Großbauern M. St. sich den Typhus offenbar geholt hatte, niemand aus der zahlreichen Familie erkrankte, obwohl die Wohnungsverhältnisse sehr eng und die übrigen Verhältnisse ungünstig waren.

Ich begann dann, da der Vergleich der hygienischen Verhältnisse der Familien diese Verschiedenheit des Verhaltens des Typhus nicht zu erklären vermochten, die wirtschaftlichen und die Gewohnheitsbedingungen zur Erklärung heranzuziehen. Auf eine gangbare Spur leitete mich das Verhalten der Hausepidemie in dem bereits erwähnten Großbauernhof in Aisterham. Ich begann die Verschiedenheit der Tätigkeit der Hausfrau zu beobachten. Im Großbauernhof M. St. pflegte die sehr tüchtige Bäuerin ihre Kinder und führte zugleich die Küche, lediglich von einem Mädchen unterstützt. Bei dem Stöhrschuster war eine alte Großmutter vorhanden, die kochte, während die Schuster-

frau die zahlreichen Kinder und den kranken Mann besorgte. Der nachträgliche Vergleich der Familienepidemien in meiner Praxis wiederholte diese Erscheinung öfters, so daß ich zu der Ueberzeugung gekommen bin, daß die Doppelstellung der Hausfrau als Pflegerin und Köchin zur Zeit der Einschleppung eines Typhuskeimes in die Familie auf die Verbreitung der Keime in der Familie wesentlich Einfluß hat. Auch beobachtete ich wiederholt das Stehenbleiben der Hausepidemie, wenn die Hausfrau selbst an Typhus erkrankte, also in ihrer Doppeleigenschaft als Pflegerin und Köchin ausgeschieden wurde. — Dies wird den jetzigen Amtsärzten als selbstverständlich gelten; es war aber vor 20 Jahren noch keineswegs selbstverständlich.

Die Experimente, die in den süddeutschen Kliniken und Krankenhäusern unter dem Einfluß der lokalistischen Lehre v. Pettenkofers mit Typhus seiner Zeit gemacht wurden, sind äußerst lehrreich. Man legte die Typhuskranken ohne Scheu und ohne Schaden mitten in die Abteilung. Der Typhuskeim ist also, abgesehen von seinem Verhalten im Reagenzglas, viel bodenständiger als z. B. die Keime von Masern oder Influenza. Die Keime bedürfen anscheinend eines festen Vermittlers zur Uebertragung. Nun sind die legitimen Ausscheidungsorte der Keime die natürlichen Oeffnungen ihrer Standorte, die After- und Harnröhrenöffnung; die übrigen Ausscheidungsorte kommen ihnen gegenüber praktisch kaum in Betracht. Gerade diese Ausscheidungsöffnungen sind bei dem Gesunden beständig, bei dem Kranken nahezu beständig durch Wäsche und Kleidung gedeckt. Es bleiben also für die Uebertragung zwei Wege: Das direkte Hineingeraten der Bazillen in Keime erhaltende Träger, also z. B. in das Trinkwasser, oder die Vermittlung der Uebertragung der Keime von den Ausscheidungsöffnungen und der sie deckenden Kleidungsstücke durch einen Vermittler. Dieser Vermittler ist offenbar die Hand, entweder die Hand des Bazillenträgers, des Kranken oder des Pflegers oder der Wäscherin.

Trotz aller Rücksichtsnahme auf die Anhänger der Wasserinfektionisten, also auf die Anhänger des unmittelbaren Ueberganges, muß auf die Seltenheit der nachgewiesenen Wasserepidemien hingewiesen worden. Mit Ausnahme der örtlich stark umschriebenen kleinen Typhusepidemie in Solla, war das Wasser als Träger der Typhuskeime in den beobachteten Epidemien sicher auszuscheiden. Auch die Solla-Wasserepidemie war nur als möglich, nicht als sicher nachgewiesen.

Diese schulmäßig gewonnene Erkenntnis zusammengehalten mit der aus der Praxis gewonnenen Einsicht ergänzen und erklären sich gegenseitig.

Die Hand der Pflegerin dürfte in der Mehrzahl der Hausepidemien die Verbreiterin der Typhuskeime sein. Ich glaube, daß wir in der Bekämpfung des Typhus auf diese Quelle der Uebertragung zu wenig Rücksicht

nehmen, und stimme dem erfahrenen Leiter der Seuchenlazarette der Festung Straßburg, Prof. Dr. v. Tabora, vollständig bei. Dieser schreibt:[1])

„Von großer Wichtigkeit ist die Sorge für die persönliche Reinlichkeit des Wartepersonales; man gewöhne sich daran, beim täglichen Rundgang durch die Krankenräume sich die Hände der Krankenwärter vorzeigen zu lassen und etwa konstatierte „Mißstände" streng zu ahnden. Die Zahl der Hausinfektionen wird auf ein Minimum sinken. Vor allem dieser Maßnahme glauben wir es danken zu sollen, wenn wir unter einem fast 200köpfigen Personal auch vor der Durchführung der Schutzimpfung nicht einen einzigen Typhusfall zu verzeichnen gehabt haben."

Die Schwierigkeiten der Ueberwachung der Hände des Wartepersonales in der Privatpraxis und namentlich auf dem Lande sind aber um ein Vielfaches größer als die selbst in einem Kriegsseuchenlazarette.

Schon bevor ich die Aeußerung v. Taboras kannte, habe ich als Amtsarzt mich zu folgenden Vorsichtsmaßregeln durchgerungen:

Notwendig ist, daß der Amtsarzt in jedem Einzelfall von Typhus sich in das Typhushaus begibt und sich die Verhältnisse ansieht, wie es die bayerischen Vorschriften nunmehr verlangen.

Wenn irgendwie möglich, ist der Typhuskranke in ein Krankenhaus zu bringen. Bei Kassenangehörigen und bei Armen ist dieses unerläßlich. Diese, namentlich Dienstboten, werden in der Regel schlecht abgesondert und nehmen nach der Genesung fast stets viel zu früh die Arbeit wieder auf. Die Zwischen- und Schlußdesinfektion ist mangelhaft; dadurch, daß sich die dienenden Angehörigen meist in ihre Familie begeben, verseuchen sie auch diese. Die Durchführung dieser Maßregel stößt übrigens oft weniger bei den Kranken als bei den behandelnden Aerzten auf Widerstand.

Gelingt diese Ueberführung nicht, so dringe ich auf Pflege des Kranken durch eine Berufspflegerin. Namentlich in den ländlichen Kreisen ist mir diese stets gelungen. Allerdings benutze ich hierbei einen Kunstgriff: Manche Verwaltungsärzte hatten in Bayern bei Typhus aus Besorgnis die völlige Milchsperre verhängt; diese Sperre ist als eine notwendige Vorsichtsmaßregel auch vielfach bei den Bauern bekannt. Vor einigen Jahren hat jedoch die Aufsichtsbehörde die Milchsperre verboten und angeordnet, daß die Milch nur in abgekochtem Zustand abgegeben werden darf. Ich fürchte nun, wenn die Möglichkeit der Milchinfektion vorhanden ist, daß auch die abgekochte Milch infiziert werden kann. Außerdem versichern alle Sachverständige einstimmig, daß abgekochte Milch in der Rundkäserei, wie sie hier im großen Maßstab geübt wird, nicht verwendet werden kann. Habe ich nun einen Typhusfall bei einem Bauern, so erlaube ich den freien Verkehr der Milch, wenn der Kranke aus dem Hofe entfernt oder eine mir als zuverlässig bekannte Berufspflegerin zur Pflege

[1]) Münch. Med. Wochenschrift; 1915, Nr. 13.

verwendet wird und die Absonderung des Kranken gesichert ist. Ich kann dieses Risiko um so leichter tragen, als hierorts nicht die Bäuerin, sondern der Bauer melkt; dieser gibt sich aber mit der Pflege des Kranken nicht ab; außerdem wird die Milch unmittelbar vom Stall in gut geschlossenen Gefäßen zur Molkerei gebracht, ohne daß sie auch nur auf kürzere Zeit in die Wohnung kommt. Diese Vorsichtsmaßregeln haben bisher immer genügt, die Verbreitung des Typhus mittels Milch durch mir bekannt gewordene Typhuskranke zu verhindern.

Gelingt auch die Heranziehung einer Berufspflegerin nicht, was bei ärmerer, nicht-bäuerlicher Bevölkerung manchmal vorkommt, so suche ich die Krankenpflege und die Küchenbestellung zu sondern. Beiden Teilen erkläre ich nicht bloß die Gefahren der Weiterverschleppung, namentlich durch die Hand, sondern mache ihnen die Händedesinfektion praktisch vor und lasse sie mir nachmachen. Als Händedesinfizienz verwende ich möglichst heißes Wasser und nachfolgende Brennspiritus-Waschung; bei zuverlässigen Personen Sublimatlösung. Die Zahl der geleerten Spiritusflaschen ist mir ein Kennzeichen der geübten Desinfektion.

Hier könnte man nun die Frage aufwerfen, ob man nicht grundsätzlich die Trennung der Krankenpflege von der Küche einzuführen bemüht sein sollte. Diese grundsätzliche Trennung habe ich nicht nur nicht angestrebt, sondern sogar bekämpft. Die Frau, die Mutter hat die Aufgabe der Krankenpflege der Familienangehörigen und auch die Aufgabe der Besorgung der Küche. Der familiäre Interessenkreis der Frau der Oberstände — und nur bei diesen ist die grundsätzliche Trennung erreichbar — ist ohnehin klein, d. h. er wäre groß genug, aber die moderne Frau hat sich den häuslichen Pflichten mehr oder minder entzogen und begnügt sich mit einer 10 Minuten in Anspruch nehmenden allgemeinen Anordnung. Die Küche ist einem Teil der modernen Frauen ein Fremdwort geworden. Wenn man nun auch noch aus gesundheitspfleglichen Gründen diese Abtrennung vertieft und verbreitet, so verteuert man das Familienleben mit allen Nachteilen des teueren Haushaltes in biologischer Beziehung, und wenn man den Frauen alle Möglichkeiten, zu erkranken, sorgfältig aus dem Wege räumt, so zwingt man sie zu einem Glaskastenleben. Es wird dann das eintreten, was wir bei den Ameisen beobachten: Aus einer kriegerischen Waldameise wird die kieferlose Rasenameise, die sich zur Erhaltung ihres Lebens füttern lassen muß. Wir dürfen die allgemeine Biologie von der Bakteriologie nicht erdrücken lassen und müssen uns hüten, in den Fehler anderer führenden Berufssparten zu verfallen, ihre Sparte als die allein maßgebende im Volkskörper zu betrachten. Gerade wir Verwaltungsärzte, denen es Gemeingut ist, daß die Gesamtheit und nicht bloß ein Teil der Pflege bedarf, müssen uns vor einer Ueberspannung unserer Forderungen hüten. Obwohl wir also die Gefahr der Verbindung von Küche und Bett voll erkennen, dürfen wir

beide nicht grundsätzlich trennen, sondern im gegebenen Falle bloß ein vorübergehend getrenntes Marschieren anstreben.

Dagegen möchte ich auf eine andere grundsätzliche Forderung hier aufmerksam machen: Die Benutzung des Klosettpapiers ist noch nicht Allgemeingut der niederen Bevölkerung geworden. Wer die Ersatzmittel dieses notwendigsten aller Gebrauchsgegenstände und die dadurch bedingten Gefahren gerade in der Frage der Weiterverbreitung des Typhus durch Bazillenträger ebenso kennt, wie der Amtsarzt, der die oft recht mangelhafte Fürsorge der Schulbehörden namentlich in dieser Richtung zu beobachten Gelegenheit hat, und der Amtsarzt, der weiß, daß jung gewohnt noch immer alt getan ist, der wird mir beistimmen, wenn ich beonders in dieser Frage aus praktischen Gründen eine wesentliche Besserung wünsche. Gerade deshalb muß in der Gegenwart die unbedingte Forderung gestellt werden, Bazillenträger rücksichtslos aus dem Nahrungsmittelgewerbe auszuscheiden. Ich glaube zwar, daß vorübergehend ein Mensch unter dem Drucke der Verhältnisse seine Gewohnheiten einschränkt, aber ich glaube nicht daran, daß er dauernd sie ablegt.

Das Erlöschen der von mir beobachteten Allgemein- und ebenso der Hausepidemien ohne wirksame Gegenmaßregeln der öffentlichen Gesundheitspflege, erkläre ich mir dadurch, daß die Bevölkerung aus sich heraus Häuser zu meiden beginnt, in denen die „Sucht“ herrscht, wodurch die Weiterverschleppung verhindert wird. Diese Erklärung würde die Wirksamkeit der Absperrungsmaßregeln veranschaulichen.

Wenn ich mit dieser Mitteilung den Kollegen auch nichts Neues geboten habe, so glaubte ich doch, Veranlassung zu haben, einzelne Punkte zu unterstreichen. Es sollte mich freuen, wenn die Herren Amtsärzte gegebenenfalls mir ihre Beobachtungen über diese Punkte mitteilen würden.

Privatentbindungsanstalten.

Ein Beitrag zum Kampf gegen das Kurpfuschertum.

Von Dr. **Hans Lieske**-Leipzig.

Der unheilvolle Einfluß, den die Ausbeutung von Krankheit, Not und Gewissensqual Kreißender durch nicht zweifelsfreie Personen auf die Volksgesundheit in ethischer und psychischer Richtung ausübt, liegt zu klar vor Augen denkender Menschen, um der Worte eines Nachweises zu bedürfen. Aber nicht allein gegen böse Absicht, sondern auch gegen Gleichgiltigkeit und Unverstand müssen der Entbindung entgegengehende Frauen gefeit sein.

Das Gesetz hilft nun in gewissem Umfang an seinem Teile hierin fürsorgend und vorbeugend mit, sofern es die Privatentbindungsanstalten für konzessionspflichtig erklärt. Nach Ansicht der Aerzte ist der Gesetzgeber bei Aufstellung der Bedingungen für die Betriebsgenehmigung aber leider auf halbem

Wege stehen geblieben; ärztlicherseits wurde seinerzeit gewünscht, von den Unternehmern von Privatkranken- und Entbindungsanstalten einen Betriebsplan einzufordern, der sie in der Behandlung der der Anstalt anvertrauten Leidenden beschränkt oder sie mehr oder weniger an bestimmte Verfahrensweisen binden sollte. Die Gewerbeordnung hat sich jedoch solchem Verlangen gegenüber taub gezeigt; sie gestattet keinerlei Anforderungen, die über das Gebiet der einfachen Gesundheitspolizei hinaus in das Gebiet der ärztlichen Kunst reichen.[1])

Infolgedessen muß der Arzt als Geburtshelfer unaufhörlich Bilder schauen, die die Gebote sozialer Hygiene verhöhnen, und die sich vor seinem Auge oft nicht zu entrollen brauchten, hätte der Gesetzgeber, ärztlichen Wünschen willfahrend, mit festerer Hand zugegriffen.

Gröbsten Mißständen im Geburtshilfewesen vermag aber auch unter dem herrschenden Rechte naturnotwendig niemand besser zu steuern, als der Arzt, weil ihm allein genügende Gelegenheit und genügender Sachverstand zur Erkenntnis der bestehenden Schäden gegeben sind. Durch Aufklärung der zuständigen Behörden kann er deshalb die Gegenwart von gesetzwidrigen gemeingefährlichen Entbindungsanstalten säubern und der Zukunft möglicherweise ein darin strafferes Recht bescheren helfen.

Da aber hierzu eine genaue Kunde dessen, was das Gesetz von Privatentbindungsanstalten verlangt, zu unerläßlichem Rüstzeug gehört, so sei hierüber in folgendem das Bemerkenswerte aus Gesetzgebung und gerichtlicher Gesetzesdeutung dargestellt.

Der Satz, der Privatentbindungsanstalten konzessionspflichtig nennt, erheischt vor allem eine rechte Antwort auf die hochwichtige Frage: „Was versteht man unter einer Privatentbindungsanstalt?“ Das Ergebnis solcher Untersuchung wird der Aerzteschaft die erfreuliche Tatsache zeigen, daß weit häufiger unzulängliche, zu Entbindungszwecken ausgeschriebene Quartiere als nichtkonzessionierte Entbindungsanstalten auf entsprechende Anzeige hin geschlossen werden können, als man bislang vermutete. Damit würden aber gerade die gefährlichsten, weil unkontrollierten, Unterschlupfwinkel für Schwangere getroffen.

Nach der Rechtsprechung des preußischen Oberverwaltungsgerichts betreibt eine — konzessionspflichtige — Privatentbindungsanstalt jeder, der gewerbsmäßig für eine gewisse Dauer Räume bereit hält, um sie Schwangeren zur Abwartung der Entbindung und demnächst zur Entbindung selbst zur Verfügung zu stellen.[2])

---

[1]) Vergl. die Ausführungen von Landmann: Kommentar zur Gewerbeordnung; 5. Auflage, I. Bd., S. 240 fg.

[2]) Urteil des preußischen Oberverwaltungsgericht vom 29. Mai 1914, III. A. 45/13; abgedruckt im Gewerbearchiv f. d. Deutsche Reich; 1915, Heft 2, S. 219 fg.

Pflegen darunter nun regelmäßig die Entbindungsgelegenheiten zu fallen, auf die in allen größeren Zeitungen fortgesetzt in der Weise hingewiesen wird, daß man „Damen freundliche diskrete Aufnahme“ zusichert? Es liegt auf der Hand, wie wichtig ein bejahender Bescheid hierauf sein muß, da vermutlich gerade hier, wo die Heimlichkeit Trumpf ist, so oft staatliche und ärztliche Kontrolle zugunsten der Gebärenden und ihrer Kinder gänzlich fehlt. Hören wir deshalb einen Gerichtsentscheid aus der Praxis:

Eine Frau X., die bereits in ihrem früheren Wohnorte W. in einer erheblichen Anzahl von Fällen Schwangere zum Zwecke der Entbindung in ihrer Wohnung aufgenommen hatte, betrieb seit Mitte 1912 in einer von ihrer Tochter im Hause D.-weg 12 gemieteten Wohnung unter der Bezeichnung „Fremdenpensionat“ die Aufnahme und Verpflegung von Pensionsgästen gegen Entgelt. Unter diesen hatten sich nach ihrem Eingeständnis 3 weibliche Personen befunden, die in der Pension der N. entbunden waren. Weiter waren Zeitungsanzeigen ermittelt, worin mitgeteilt war, daß sie „Damen freundliche und diskrete Aufnahme im stillen Waldhäuschen gewähre“. Die Polizeiverwaltung sah die Pension infolgedessen als eine Privatentbindungsanstalt an, für die die X. die Genehmigung nicht besaß; sie verbot ihr deshalb bis zur Beibringung der Genehmigung diesen Gewerbebetrieb mit dem Hinzufügen, im Nichtbeachtungsfalle hätte sie zu gewärtigen, daß die sich in ihrer Wohnung zum Zwecke der Niederkunft aufhaltenden Personen aus dieser entfernt und erforderlichenfalls einer Provinzialentbindungsanstalt überwiesen würden. Frau X. bestritt das Betreiben einer Privatentbindungsanstalt und machte insbesondere geltend, nicht sie besorge die Entbindungen, sondern von den Schwangeren selbst bestellte und bezahlte Hebammen. Sie selbst habe keine Vorteile davon; auch liege die Pflege der Wöchnerinnen nur in den Händen der bestellten Hebammen; ebensowenig besorge sie etwa Wäsche, Verbandszeug oder dergleichen. Ihr einziger Verdienst bestehe vielmehr in dem Preis für Miete und volle Pension.

Das preußische Oberverwaltungsgericht stellte sich aber auf dem Rechtsstandpunkt der Polizeiverwaltung und erkannte ebenfalls den Betrieb der X. als eine Privatentbindungsanstalt an. Nach seinen Ausführungen kann es allerdings im einzelnen Falle mit Rücksicht auf die besonderen Umstände zweifelhaft sein, ob eine solche Anstalt vorliege. Bedeutungsvoll sei aber hierfür, ob nach dem geplanten oder tatsächlichen Betrieb die Gefahren wirklich gegeben sind, denen der Konzessionszwang steuern möchte. Jedenfalls stehe der Annahme einer Privatentbindungsanstalt nicht entgegen, daß in ihr nicht bloß Schwangere, sondern auch männliche und weibliche nicht schwangere Personen aufgenommen würden. Ebensowenig brauche es sich um einen Großbetrieb oder einen Betrieb mit besonderen technischen Einrichtungen zu handeln. Unerheblich sei es auch weiter, ob der Unternehmer sich selbst an der Wartung und Pflege der Schwangeren beteilige. Das Fehlen dieser Tatumstände schließe die Gefahren nicht aus, denen durch die Einführung der Genehmigungspflicht für Entbindungsanstalten vorgebeugt werden solle.

Von einer solchen wird man zwar unter Umständen nicht reden können, wenn nur eine vereinzelte gelegentliche Aufnahme von Schwangeren stattfinde. Die Inserate: „Damen finden freundliche Aufnahme im stillen Waldhäuschen“ ließen aber klar erkennen, daß dauernd auf den Zuspruch von Schwangeren gerechnet werde und daß die Zimmer des Hauses wenn auch nicht ausschließlich, so doch jedenfalls zum Teil für eine gewisse Dauer bestimmungsgemäß beliebigen Schwangeren und zu Entbindungszwecken zur Verfügung gestellt würden. Darin aber beruhe der Betrieb einer Privatentbindungsanstalt.

Die an diesem Beispielsfalle zu Wort gekommene obergerichtliche Rechtsprechung zeichnet den Begriff der Privatentbindungsanstalt in solch klarer, die notwendigen Merkmale mit so scharfen Umrissen beleuchtender Sprache, daß danach

die Frage nach dem Wesen der Privatentbindungsanstalt als deutlich beantwortet gelten darf. Damit aber steht die Aerzteschaft einer Antwort gegenüber, die als wackerer Streitgenosse im Kampfe gegen Hintertreppen-Entbindungsgelegenheiten die besten Dienste verheißt. Mit Hilfe der uns hier von der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts bescherten Gesetzesauslegung ist es dem Arzte vergönnt, in ungezählten Fällen darauf hin zu wirken, daß polizeilicher Zwang alle gewerbsmäßigen Entbindungsanstalten, die ob der mangelnden notwendigen sanitären und ethischen Voraussetzungen nicht genehmigt sind, verschwinden, ein für die Förderung der Gesundheit von Leib und Geist des Volkes sicherlich herzlich zu ersehnendes Ziel.

Nach der Kenntnis vom Wesen der Privatentbindungsanstalt sei jetzt kurz dargetan, auf welche Umstände sich eine Zuverlässigkeitserklärung für den Betrieb stützen muß; denn wenn die gesetzlich aufgeführten Versagungsgründe nicht vorliegen, besteht Konzessionszwang, d. h. die Konzession darf nur unter den ins einzelne bezeichneten Gründen abgelehnt werden.

Erste Hauptbedingung ist — natürlich — die Zuverlässigkeit des Unternehmers bezüglich der Leitung und Verwaltung der Anstalt — ein Erfordernis, das uns umso selbstverständlicher erscheint, als der Unternehmer nicht gleichzeitig der ärztliche Leiter zu sein braucht. Vielmehr gilt als Unternehmer der, in dessen Namen und für dessen Rechnung der Betrieb der Anstalt erfolgt und der in technischer und administrativer Hinsicht die erforderlichen Bestimmungen trifft.[1]) Von den nach dem Sinn des Gesetzes an ihn zu stellenden Anforderungen wird noch ausführlich zu sprechen sein.

Weitere Voraussetzung für die Erteilung der Genehmigung ist, daß die Anstalt in den baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entspricht. Deshalb sind Beschreibungen und Pläne mit dem Gesuche einzureichen.

Untersagt werden muß die Genehmigung ferner bedingungslos dann, wenn die Anstalt nur in einem Teile eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und für die Mitbewohner erhebliche Nachteile hervorrufen kann. Ob dies der Fall ist, darüber haben sich zunächst die Ortspolizei und die Gemeindebehörden zu äußern. Bei Privatentbindungsanstalten werden indessen Bedenken dieser Art kaum sonderlich häufig rege werden. Vielmehr bezieht sich die Furcht, die diese Vorschrift schuf, wohl mehr auf den Betrieb von Privat-Kranken- und Privat-Irrenanstalten.

Für die Privatentbindungsanstalten ist der Kreis der Konzessionsbedingungen damit erschöpft.

Der heilsame Einfluß des Arztes in der Ueberwachung

[1]) Vergl. Landmann; l. c., S. 236.

eines für die Geburtshilfe wünschenswerten Anstaltsbetriebs aber kann sich um so reger entfalten, als irgendwelche bedeutsamen Aenderungen der Anstalt ebenfalls polizeiliche Genehmigung erheischen. Bemerkt also der Arzt in einer Anstalt, deren Errichtung wegen ursprünglicher Untadlichkeit polizeiliche Bedenken nicht versperrten, eine erhebliche Wandlung zum Schlechten, so wird eine entsprechende Anzeige nach fruchtloser Warnung die Polizei von neuem in Tätigkeit setzen und unter Umständen eine Schließung der Anstalt zur Folge haben.

Konzessionserneuerung ist ferner nötig auch beim Wechsel in der Person des Unternehmers; es unterliegen dann auch die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen, sowie die Interessen der Mitbewohner des Hauses einer neuen Prüfung, bei der die Behörde an die frühere Würdigung dieser Einrichtungen nicht gebunden ist.[1])

Besonders notwendig aber erscheint das Studium der Gesetzesgeschichte danach, welche Umstände bei der Zuverlässigkeitsprüfung des Unternehmers den Ausschlag geben. Da der Unternehmer, wie bereits hervorgehoben, nicht Arzt zu sein braucht, so sind strenge Anforderungen sicherlich erst recht angebracht, weil bei einem Arzte in seiner Berufsbetätigung das als selbstverständlich vorausgesetzt werden darf, was bei einem Laien nachdrücklicher Sicherheiten bedarf. Die Begründung der Gewerbe-Ordnung ergibt aber nach dieser Hinsicht ein befriedigendes Bild, indem sie uns erklärt, daß durchaus nicht etwa nur die gewerbliche Seite zu betonen ist. Im Sinne der durch das Gesetz zu schützenden Interessen soll nämlich der Unternehmer durch seine Vergangenheit nicht nur die Annahme ausschließen, als könne sein Geschäftsbetrieb auf eine strafbare oder auch nur unredliche Ausbeutung des seiner Anstalt sich anvertrauenden Publikums gerichtet sein; es darf vielmehr auch kein Raum für die Besorgnis bleiben, daß in der Leitung und der Verwaltung der Anstalt derjenige besondere Grad von Umsicht, Erfahrung und Kenntnis nach der technischen wie nach der administrativen Seite fehlen werde, der erforderlich ist, wenn solche Anstalten ihren Charakter als gemeinnützige Unternehmungen behaupten sollen. Der Staat darf verlangen, daß der Unternehmer, sei es in eigener Person oder durch vertragswürdigen Stellvertreter, nach den bezeichneten Richtungen hin, insbesondere auch betreffs der Sorge für die etwa nötig werdende ärztliche Hilfe, die dem Interesse des Kranken entsprechende Sicherheit biete.[2])

Danach verschließt allerdings der Geist des Gesetzes Schwachköpfen und Dunkelmännern aller Art einen Posten,

---

[1]) Landmann; l. c., S. 242.

[2]) Motive zur Novelle vom Jahre 1879, durch die der § 30 der Gewerbeordnung, der die Anforderungen an den Unternehmer betrifft, seine jetzige Fassung erhielt.

der ob der mit seiner Bekleidung verknüpften hohen Verantwortlichkeit für das Volkswohl umsichtige und makellose Menschen aufs dringendste fordert. Die sich verstohlen anpreisenden verschieden „diskreten Waldhäuscheninhaberinnen" dürften aber wunderselten die Prüfung auf Herz und Nieren nach solchem Maßstabe bestehen.

Welch wichtige Rolle im übrigen trotz grundsätzlicher Erläßlichkeit eigner Sachkunde die Kenntnis der Unternehmer in der Geburtshilfe bei der Zuverlässigkeitsprüfung spielt, wird ein Fall aus jüngster Praxis die Aerzteschaft am besten unterrichten:[1])

„Der Provinzialausschuß der Provinz Starkenburg hat bei der Prüfung eines Gesuchs um Konzession zum Betriebe einer Privatentbindungsanstalt festgestellt, daß die Gesuchsstellerin eine unbescholtene, zuverlässige und in ihrer Haushaltung sehr tüchtige Frau ist und daß ihr Mangel an Pflichtbewußtsein oder Verantwortlichkeitsgefühl nicht vorgeworfen werden kann. Er gründete diese Ansicht u. a. auf die Bekundung zweier L.er Aerzte, die meinen, daß ihr die Leitung einer Entbindungsanstalt anvertraut werden könne. Der Provinzialausschuß hat ferner durch die vorgelegten Zeugnisse für erwiesen erachtet, daß die Gesuchsstellerin vom 6. September 1886 bis 15. Juni 1887 im allgemeinen Krankenhaus in M. als Wärterin tätig war, am 8. Februar 1887 das theoretische Examen bestand und von da ab in der weiblichen chirurgischen Abteilung gearbeitet hat, daß sie bis Herbst 1889 über zwei Jahre im S. v. R.schen Hospital in F. als Krankenwärterin tätig war und ihre Obliegenheiten in jeder Beziehung zur vollkommensten Zufriedenheit erfüllt hat, und er hat ihrer Versicherung geglaubt, daß sie auch längere Zeit in der Wochenbettpflege tätig gewesen sei. Der Provinzialausschuß hat ferner dargelegt, daß für die Gesuchsstellerin in L. Hebammen und Aerzte jederzeit leicht erreichbar und von ihr für die drei Schwangeren, die bereits bei ihr niederkamen, rechtzeitig zugezogen worden seien und daß anzunehmen sei, sie werde auch in späteren Fällen fachmännische Geburtshilfe gewissenhaft zuziehen.

Wenn aber die Vorinstanz unter diesen Umständen die Tatsache, daß die praktische Ausbildung der Gesuchsstellerin in der Geburtshilfe mangelhaft ist, nicht für wesentlich erachtet hat, verkennt sie den Begriff der Zuverlässigkeit. Denn gerade diese Tatsache läßt die Gesuchsstellerin, nach der Auffassung des Großherzoglichen Oberverwaltungsgerichtshofs, unbeschadet ihrer allgemein moralischen Eigenschaften, zur Leitung und Verwaltung der Anstalt insolange nicht genügend zuverlässig erscheinen, als sie sich für diese nicht die ständige Hilfe und Ueberwachung einer zuverlässigen geprüften Medizinalperson sichert, die auch für den Betrieb der Anstalt verantwortlich ist. Die von der Vorinstanz betonte Möglichkeit, jederzeit einen Arzt oder eine Hebamme von Fall zu Fall zuzuziehen, genügt nicht. Daß jetzt schon die Unzuverlässigkeit feststünde, läßt sich nicht sagen, da die Zuverlässigkeit durch geeignete Bedingungen, die der Gesuchsstellerin aufzuerlegen sind, gewährleistet werden kann."

Wie schwer solche Bedingungen aber wiegen, wenn sie eine aus Mangel an persönlicher Sachkunde zunächst verneinte Zuverlässigkeit stützen wollen, das wird die Kundgabe der Auflagen am deutlichsten dartun, von denen der Provinzialausschuß die Genehmigung schließlich abhängig gemacht hat. Sie seien deshalb in folgendem wiedergegeben:

„1. Die Anstalt muß einem Arzt unterstellt sein, der für ihre sanitären Einrichtungen, für die Pflege, Wartung, Beköstigung der Schwangeren, Wöchnerinnen und Kinder verantwortlich ist.

---

[1]) Urteil des Großherzoglich hessischen Verwaltungsgerichtshofs, abgedruckt im Gewerbearchiv f. d. Deutsche Reich; 1915, S. 563.

2. Der Inhaber der Konzession ist verpflichtet:

a) mit einem Arzt oder einer Hebamme einen Vertrag abzuschließen, durch den jederzeit die erforderliche Hilfeleistung gesichert wird;

b) darauf hinzuwirken, jede in die Anstalt eintretende Frau alsbald durch einen Arzt oder eine am Ort ansässige Hebamme untersuchen zu lassen, ob Abweichungen von dem normalen Verlauf der Schwangerschaft oder Geburt vorliegen;

c) einen Arzt oder eine Hebamme sofort zuzuziehen, sobald sich bei einer, in die Anstalt aufgenommenen Frau regelwidrige oder krankhafte Erscheinungen einstellen;

d) jede Geburt von Beginn bis zur Beendigung der Nachgeburtszeit und bis zur Beendigung etwaiger gefahrdrohender Zustände durch einen Arzt oder eine Hebamme überwachen zu lassen;

e) solange es ihr Zustand erfordert, mindens aber 10 Tage lang, durch eine Hebamme oder eine staatlich geprüfte Wochenbettpflegerin pflegen und die Neugeborenen besorgen zu lassen, wozu mindestens zwei Besuche der Hebamme täglich erforderlich sind;

f) jede ansteckende oder fieberhafte Erkrankung einer Schwangeren, Gebärenden oder einer Wöchnerin oder eines Säuglinges alsbald dem zuständigen Kreisgesundheitsamt anzuzeigen;

g) über die in die Anstalt aufgenommenen Frauen ein fortlaufendes Verzeichnis zu führen, aus welchem die Personalien (Alter, Geburtsort, Wohnort, Stand und Beruf, Befund bei der Aufnahme, Tag und Verlauf der Geburt, Befund bei dem neugeborenen Kind, Verlauf des Wochenbetts, Ernährung des Kindes, Tag der Entlassung von Mutter und Kind, sowie der Ort, nach dem das Kind verbracht wird) ersehen werden könne.

3. Vor Eröffnung der Anstalt sind dem zuständigen Kreisgesundheitsamt der Arzt und die Hebamme zu benennen, die nach Ziff. 1 und 2 in der Anstalt vertragsmäßig tätig sein sollen.

4. Vor Eröffnung der Anstalt sind dem zuständigen Kreisamt die Bedingungen und Preise mitzuteilen, unter denen Schwangere, Kreißende oder Wöchnerinnen aufgenommen werden.

Die Verträge, welche mit Arzt und Hebamme geschlossen sind, sind dem Kreisamt vorzulegen.

5. Wechsel in der Person des für die Anstalt angenommenen Arztes oder der Hebamme, Aenderungen in der Anordnung oder Benutzung der Anstaltsräume, Aenderungen des Vertrages mit Arzt oder Hebamme, oder der Aufnahme- und Verpflegungsbedingungen sind alsbald dem zuständigen Kreisamt mitzuteilen.

6. Der Inhaber der Konzession ist verpflichtet, dafür zu sorgen, daß neugeborene Kinder ohne ausdrückliche Erlaubnis des Arztes von der Mutter des Kindes nicht getrennt werden, und daß die Kinder während des Aufenthaltes in der Anstalt von den Müttern gestillt werden, wenn nicht der Arzt ausdrücklich das Stillen durch die Mutter untersagt hat.

7. Dem Inhaber der Konzession ist es verboten, Pflegestellen für die in der Anstalt geborenen Kinder zu vermitteln oder durch ihm unterstellte Personen oder Familienangehörige vermitteln zu lassen.

8. Dem Großh. Kreisarzt ist jederzeit Zutritt in die Anstalt zum Zwecke der Ueberwachung des Betriebs zu gestatten und Einsicht in das nach Ziff. 2g zu führende Verzeichnis zu gewähren.

Bis zum 15. Januar ist dem Großh. Kreisgesundheitsamt eine Abschrift des nach Ziff. 2g zu führenden Verzeichnisses aus dem Vorjahre mitzuteilen.

9. In öffentlichen Ankündigungen darf die Anstalt nicht als „staatlich konzessionierte“ oder mit einem ähnlichen Ausdruck bezeichnet werden; auch darf nicht das Unterbleiben von Heimberichten in Aussicht gestellt werden. Ferner ist der Ausdruck „diskrete“ Niederkunft zu unterlassen.

10. Soweit Hilfskräfte für die Wartung der Wöchnerinnen tätig sind, haben diese das Zeugnis als staatlich anerkannte Wochenpflegerinnen binnen einer von dem Kreisamt zu bestimmenden Frist beizubringen.“

Hiermit dürften die Grundzüge für die Beurteilung der

Bewerbungen und die Genehmigung von Privatentbindungsanstalten zweifelsfrei festgestellt sein.

Die sich hieraus für die Aerzte und Medizinalbeamten ergebenden Handhaben aber erscheinen danach als geschliffene Waffe im Kampfe gegen eine wichtige und gefährliche Sorte geldgieriger Kurpfuscher.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ein Fall von Rotsehen nach Genuß der Samen von Solanum dulcamara L. Von San.-Rat Dr. Hilbert-Sensburg, z. Z. Stabs- und Bat.-Arzt im Felde. Münch. med. Wochenschrift; 1915, Heft 52.

Ein 8½ Jahre gesundes Kind hatte 10—12 reife Beeren von Solanum dulcamara zu sich genommen. Es erfolgte Erbrechen; in dem Erbrochenen waren deutlich Trümmer der giftigen Beere bemerkbar. Das Kind war sehr unruhig, warf sich im Bett umher, klagte über Kopf- und Magenschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Angstgefühl und Rotsehen: „Alles sei rot, wie die genossenen Beeren gefärbt". Das Gesicht war gerötet; außerdem bestand Pupillenerweiterung ad maximum und Akkomodationslähmung (das Kind konnte kleine Buchstaben nicht entziffern). Die Haut des Kindes war trocken; Druck in der Magengegend schmerzhaft. In Ermangelung einer Magenpumpe wurde durch Trinken großer Mengen warmen Wassers Erbrechen hervorgerufen und diese Behandlung fortgesetzt, bis das Erbrochene keine Teile der Beeren mehr enthielt. Hierauf wurde der Genuß kalter Milch verordnet. Die Beschwerden ließen nach; es trat Schlaf ein. Am nächsten Tage waren nur noch Blässe des Gesichts und allgemeine Mattigkeit vorhanden; die Pupillen waren noch erweitert, während über Rotsehen nicht mehr geklagt wurde. Nach 5 Tagen waren alle bisherigen Erscheinungen der Solanumvergiftung verschwunden. Dr. Graßl-Kempten.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Ein schwachsinniges Wunderkind. Von V. Hampel. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1915, Nr. 11.

Verfasser, der Leiter eines Fürsorgeheims, berichtet über einen 11jährigen schwachsinnigen, sprachlosen Knaben mit charakteristischen Zuckungen; bei dem sich eine auffällige, weit über die normale Begabung hinausreichende Fähigkeit im raschen Erfassen einer ungeordneten Menge von Gegenständen sowie im raschen Zählen und im Taxieren von Längenmaßen zeigte. Die Längen und Breite eines Tisches, die Größe von Personen wurde schnell bis auf wenige Zentimeter genau angegeben, Entfernungen ausgezeichnet geschätzt. Die Zahlenvorstellungen und die Kunst des richtigen Abschätzens verdankt der Knabe seinen von früh aus betriebenen Lieblingsspiel mit den Blättern eines Abreißkalenders und einem Schneidermaß.

Die Sprache, anfänglich auf ganz tiefer Stufe stehend, fing unter fortgesetzten Artikulationsübungen an, sich zu vervollkommnen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Einfluß des Krieges auf psychopathische Jugendliche. Von Dr. J. Girstenberg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1915, Nr. 10.

Verfasser, Pädagoge, berichtet über einen Fall von neuropathischer Reaktion eines 16jährigen Imbezillen aus vornehmer Familie auf die durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse: Unter den Erregungen des Krieges, der fehlenden psychischen Einwirkung seitens der Mutter, wohl auch unter dem Einfluß der Pubertät beging der junge Mensch einen Diebstahl in der elterlichen Wohnung.

Im allgemeinen begegnet man nach Girstenberg zwei Gruppen von psychisch minderwertigen jugendlichen Individuen, soweit von einer Stellungnahme zum Kriege die Rede ist:

1. solche Individuen, die vom Kriege absolut nichts wissen wollen,

2. solche Individuen, die durch gesteigerte Erregung, erhöhten Tatendrang, Abenteuerlust, also in gefährlicher Weise reagieren.

Es können aber auch gesunde Kinder in der Entwicklungszeit durch die Aufregungen des Krieges schwer geschädigt werden, was auch die seit Kriegsausbruch zunehmende Kriminalität der Jugendlichen beweist.

Dr. Solbrig-Königsberg.

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.[1])

1. Kurze Mitteilung über epidemische Hemeralopie im Felde. Von Oberstabsarzt der Res. Prof. Dr. Braunschweig. Münchener med. Wochenschrift, 1915; Feldärztliche Beilage zu Nr. 9.

2. Ueber Augenerkrankungen im Felde. Von Stabsarzt der Res. Dr. Zade, Privatdozent in Heidelberg.

3. Ueber Nachtblindheit im Felde. Von Prof. Dr. A. Brest-Dresden. Münchener med. Wochenschrift, 1915; Feldärztliche Beilage zu Nr. 33.

4. Beobachtungen über Nachtblindheit im Felde. Von Stabsarzt d. R. Dr. Paul, Augenarzt in Halle a. S. Münchener med. Wochenschrift, 1915; Feldärztliche Beilage zu Nr. 45.

Die sog. Nachtblindheit, eine Herabsetzung der Lichtempfindlichkeit der Netzhaut, die sich nicht bloß im Dunkeln der Nacht, sondern auch bei Abend- und Mondlicht bemerkbar macht, wird auch im Frieden zuweilen beobachtet und ist hier dann entweder Folge von ererbten und erworbenen Brechungsfehlern oder häufiger Folge von Kräfteverfall nach schweren Erkrankungen oder nach schlechter einseitiger Ernährung. In Rußland soll sie bei den großen Hungersnöten in epidemischer Form auftreten und auch nach der langen Fastenzeit um Ostern sowie in russischen Gefängnissen nicht selten beobachtet werden. Leichte Formen dieser Sehstörung kommen übrigens den davon Betroffenen wohl öfters nicht zum Bewußtsein, weil ja die meisten Leute im Frieden bei Tage ihrer Beschäftigung nachgehen und in ihrem Berufsleben daher durch etwa vorhandene Nachtblindheit wenig beeinträchtigt werden.

Braunschweig (1) sah nun nach Errichtung einer Augenabteilung bei der vierten Armee eine gehäufte Zahl von Nachtblindheit (29) bei verschiedenen Truppenteilen. Die betreffenden Kranken waren nicht imstande, sich nach Eintritt der Dunkelheit zurechtzufinden; alle Altersklassen von 17 bis 46 Jahren waren unter ihnen vertreten, ihr Ernährungs- und Kräftezustand war meist gut und scheinbar ohne besonderen Einfluß; ebenso wurde eine Erkrankung innerer Organe niemals vorgefunden. Dagegen fanden sich in $^2/_3$ der Fälle Brechungsfehler jeder Art und öfters auch ein leichter Bindehautkatarrh des Auges; die sog. Bilotschen Flecken wurden aber an der Augapfelbindehaut in keinem Falle festgestellt. Als Ursache der Erkrankung beschuldigt Braunschweig das unausgesetzte scharfe Spähen im Schützengraben; als begünstigender Umstand komme auch die starke körperliche und seelische Beanspruchung in Betracht. Die Nachtblindheit im Felde stelle somit ebenso wie im Frieden einen Erschöpfungszustand dar, der bei hohen Anforderungen besonders an solchen Augen auftrete, deren Leistungsfähigkeit durch unregelmäßigen Bau oder äußere Erkrankung beschränkt sei. Die Behandlung habe deshalb in Beseitigung vorhandener Brechungsfehler durch entsprechende Gläser, Verabfolgung von Stärkungsmittel, Ausspannung und kräftige Ernährung zu bestehen. Zur Feststellung der Nachtblindheit hat Br. die im Felde viel gebrauchte Leuchtuhr benutzt, deren Ziffern ein Normalsichtiger im Dunkelraum nach einigen Sekunden Anpassungszeit auf 80—150 cm Entfernung erkennt, ein Nachtblinder dagegen nur in unmittelbarer Nähe oder höchstens bis 30 cm. Vortäuschung komme nur sehr selten vor.

Zade (2) hat an 12 Fällen ähnliche Beobachtungen gemacht; anatomische Störungen der peripheren Netzhautelemente konnte er jedoch nicht nachweisen; als Ursache wird von ihm deshalb allgemeine Erschöpfung und psychische Alteration infolge des monatelangen Stellungskampfes angesehen.

Brest (3) tritt der Anschauung entgegen, daß die Nachtblindheit als

[1]) Mit Rücksicht auf die durch den Krieg veranlaßte militärärztliche Tätigkeit eines großen Teiles der Leser dieser Zeitschrift, namentlich der beamteten Aerzte, ist diese Unterabteilung neu eingeführt.

eine besonders durch den Krieg veranlaßte Sehstörung aufzufassen sei; es handele sich vielmehr fast durchweg um Leute, deren schon früher vorhanden gewesene Nachtblindheit erst im Schützengraben entdeckt sei. Der Stellungskrieg bringe eine Reihe von Vorbedingungen wie: nächtliche Tätigkeit, unvermeidliche Entbehrungen, unregelmäßige Ernährung, körperliche und seelische Anstrengungen, die verbunden sind mit der unbedingt notwendigen Anpassung der Aufmerksamkeit, die das Auftreten der Nachtblindheit zwar begünstige, aber keineswegs in einem Umfange, daß man von einer besonderen Kriegsnachtblindheit sprechen könnte. Der Mehrzahl der Kranken komme die Nachtblindheit als Begleiterscheinung eines alten Brechungsfehlers oder als ererbte Eigentümlichkeit erst unter den Verhältnissen des nächtlichen Schützengrabenkrieges im Verkehr mit ihren scharfsichtigen Kameraden zum Bewußtsein.

Einen anderen Standpunkt vertritt Dr. Paul (4) auf Grund der von ihm gemachten Beobachtungen. Es sind ihm 16 Soldaten zugeführt worden mit einer erst während des Krieges erworbenen Nachtblindheit; die Befallenen waren ausnahmslos kräftige felddienstfähige Leute, die alle gut genährt waren, so daß bei keinem der Eindruck der Unterernährung oder körperlichen Erschöpfung aufkommen konnte. Die Leute, 14 Infanteristen, ein Pionier und ein Fußartillerist, stammten sämtlich aus der vorderen Linie. Irgend eine krankhafte Veränderung zeigten die Augen nicht. Auch ein anderer im Felde stehender Augenarzt machte ähnliche Beobachtungen, so daß er zuweilen sogar auf den Verdacht der Verstellung kam. Es handelt sich nach der Meinung von Dr. Paul nicht um die durch körperliche Erschöpfung und schlechte Ernährung hervorgerufene Friedensform der Nachtblindheit, überhaupt nicht um eine Augenerkrankung, sondern um eine zerebrale Angelegenheit, also um ein rein nervöses Leiden, das als Folge nervöser Erschöpfung und psychischer Depression auftritt, als deren Ursache der in früheren Kriegen nicht bekannte langwährende moderne Stellungskampf anzusehen ist, der lange Schützengrabenkrieg mit seiner zerreibenden Gleichmäßigkeit, unter der namentlich bei schlechtem Winterwetter die Gemütsstimmung leidet. Seit Anfang Mai hat Dr. Paul keinen einzigen Kranken dieser Art mehr zu sehen bekommen. Wie bei allen nervösen Leiden, gewährt das Fernhalten nervöser und psychischer Schädigungen die beste Aussicht auf Heilung. Rpd.

Militärdienst und Thyreotoxie. Von Oberstabsarzt Dr. Dannehl. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1915, H. 3 und 4.

Für die militärärztliche Sachverständigentätigkeit erscheint folgendes wichtig:

Die thyreotoxischen Beschwerden werden hervorgerufen: 1. durch langandauernde Anstrengungen mit mechanischen und thermischen Schädigungen, 2. durch Infektionskrankheiten, 3. durch psychische Einwirkungen. Außer auf die drei bekannten Basedowsymptome ist auf nervöse und vasomotorische Reizerscheinungen, Psychopathie (mit Selbstmordneigung) und Stoffwechselstörung (Gewichtsabnahme, Glykosurie) zu achten. Postinfektiöse Formen gehen rascher und vollständiger zurück als die psychogenen und die Ueberanstrengungsformen. Vor allzu gründlichen, regelmäßigen Pulsuntersuchungen wird wegen der psychischen Empfindlichkeit der Thyreotoxiker gewarnt.

Dr. R. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Zur Röntgenuntersuchung des Herzens bei fraglicher Militärtauglichkeit. Von Dr. Franz Grödel. Münch. med. Wochenschrift; 1915; Nr. 52.

Bei der Einschätzung der subjektiven Klagen und des objektiven Befundes im Bereiche der Zirkulationsorgane, insbesondere des Herzens, stehen wir oft vor einer fast unlösbaren Frage. Bald lassen sich subjektive Klagen durch keinen objektiven Befund erklären, bald machen schwere objektive Anzeichen geringe Beschwerden. Die große Anpassungsmöglichkeit einerseits und der Einfluß des Nervensystems anderseits ist schuld daran. Die Herzgröße ist von verschiedenen Momenten abhängig: Geschlecht, Alter, Körpergewicht, Beruf, Lebensweise. Die Form der Brusthöhle stimmt mit dem übrigen Körperbau überein. Es gibt keinen hohen Brustkorb in einem untersetzten Körper, während in einem schlanken Körper auch stets ein schlanker Brustkorb zu

finden ist. Herz- und Gefäßschatten entsprechen der Brustkorbform. Die Röntgenuntersuchung gibt in vielen Fällen Aufschluß über sonst unklärbare Angaben und Befunde. Dr. Graßl-Kempten.

Beobachtungen über Albuminurie. Von Marine-Stabsarzt Dr. Beckers. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1915, Heft 9 und 10.

Beckers untersuchte bei 1038 Mann, vorwiegend Rekruten, den Harn mittels der gewöhnlichen Essigsäure-Kochprobe morgens nach 1—2stündigem Dienst. Er fand zunächst bei 36 = 3,5 % Eiweiß, von denen bei 7 trotz längerer Beobachtung bei Bestehenbleiben der Eiweißausscheidung keine Anhaltspunkte für eine Nephritis gewonnen werden konnten. Sechs von diesen 7 hatten eine ausgesprochene Lordose, nach deren Ausgleichung (durch entsprechende Körperhaltung) sie eiweißfreien Harn ausschieden. Die Frage, ob diese Erscheinung von einer konstitutionellen Minderwertigkeit zeugt, kann nicht ohne weiteres beantwortet werden; es bedarf in manchen Fällen einer langdauernden Beobachtung. Dr. R. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Ueber den Fliegertod. Von Stabsarzt Dr. Schöppler. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1915, H. 15 und 16.

Die meisten Todesfälle durch Abstürzen sind, wenn nicht durch den schweren Motor ganz besondere Zerstörungen verursacht werden, einander ähnlich, gleichviel ob der Sturz aus großer oder geringer Höhe erfolgt. Meist findet man Schlüsselbeinbruch am sternalen Ende, Vorderarmbruch, Unterschenkelbruch oberhalb der Knöchel und in der Mitte, Oberschenkelbruch im unteren Drittel, Zertrümmerung der Fußwurzelknochen. Verletzung der Wirbelsäule ist sehr selten; Zerreißungen der inneren Organe sind häufig.

Dr. R. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

D. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Ueber Unfallverletzungen des Magens. Von Dr. A. Kiltinger-Wien. Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin; H. 7 (Beiheft zum „Oesterreichischen Sanitätswesen"; 1915, Nr. 43/46).

Verfasser berichtet über 3 Fälle. Die Höhe der Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Magenerkrankungen nach Unfällen ist nach dem Einzelfalle zu beurteilen. Im allgemeinen wird bei Magenneurosen nicht über ein Viertel hinauszugehen sein; bei Geschwürsbildung im Magen beträgt die Einbuße etwa $^1/_3$ bis $^1/_2$; in einem Falle von Netztumor wurde die Einbuße anfangs auf $^1/_3$, später auf $^1/_4$ geschätzt. Dr. Wolf-Hanau.

Akute gelbe Leberatrophie (nach Unfall). Von Dr. H. Kurschmann. Münch. med Wochenschrift; 1915, Heft 52.

Als dritten Fall einer akuten gelben Leberatrophie nach Unfall beschreibt K. den vorliegenden. Ein zwei Jahre altes Kind kletterte auf einen großen Stuhl, fiel damit um, so daß die Lehne gegen den Bauch gedrückt wurde und zwar so heftig, daß es auf beiden Bauchseiten zwei blutunterlaufene Flecken bekam. Am gleichen Tage wiederholte sich derselbe Vorgang. 10 Tage danach Exitus. Diagnose: akute gelbe Leberatrophie.

Dr. Graßl-Kempten.

Die Begutachtung der Unfallerkrankungen des inneren Ohres. Von Prof. Dr. Alt-Wien. Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin; H. 7 (Beiheft zum „Oesterreichischen Sanitätswesen"; 1915, Nr. 43/46).

Bei der Begutachtung der Unfallerkrankungen des Gehörorgans stößt selbst der erfahrenste Arzt mitunter auf große Schwierigkeiten, wenn er entscheiden soll, ob eine alte Erkrankung oder eine frische Unfallsfolge oder eine Verschlimmerung eines schon vorhandenen Ohrenleidens, namentlich einer sog. Berufsschwerhörigkeit vorliegt, die ebenso wie die Altersschwerhörigkeit und die meisten der Gehörorgane betreffenden Unfallfolgen durch eine Erkrankung bezw. Schädigung des Labyrinths bedingt wird. Verfasser hat nun durch Untersuchung zahlreicher Arbeiter aus lärmenden Betrieben festgestellt,

daß die bei ihnen festgestellte Berufsschwerhörigkeit ausschließlich auf eine Erkrankung des Schneckennerven zurückzuführen und verhältnismäßig selten mit persönlichen Beschwerden wie Ohrensausen, namentlich nicht mit dauernd vorhandenem Ohrensausen verbunden ist. Außerdem werden Störungen des Vorhofsnervens, also des ganzen Astes des Gehörnervens, der dem Gleichgewichtssinn dient, sehr selten bei Berufsschwerhörigkeit beobachtet; vorhandene Gleichgewichtsstörungen deuten deshalb auf Mittelohr- oder Labyrintherkrankungen hin, die durch andere Ursachen hervorgerufen sind. Klagen über Schwindel und Brechreiz sowie vor allem Gleichgewichtsstörungen sprechen somit gegen die Annahme von Berufsschwerhörigkeit, ganz abgesehen davon, daß Schwerhörigkeit durch Beruf stets doppelseitig ist und sich meist allmählich entwickelt, während diejenigen durch Unfall in der Regel einseitig ist und plötzlich oder verhältnismäßig schnell entsteht. Bei den Unfallverletzungen des inneren Ohres handelt es sich meist um Erschütterungen des Labyrinths, Knochenbrüche oder Risse des knöchernen Schädelgrundes, sowie Blutungen in alle Teile des häutigen Labyrinths; außer der mit hochgradiger einseitiger Schwerhörigkeit verbundenen Gleichgewichtsstörung ist in der Regel auch unwillkürliches Augenzittern (Nystagmus) vorhanden. Zur Beurteilung und Entscheidung ist eine sorgfältige Feststellung der Vorgeschichte des Unfalls erforderlich; außerdem sind genaue Ermittelungen über das Verhalten des Verletzten vor und nach dem Unfall anzustellen; sehr häufig wird sich die Notwendigkeit einer längeren Beobachtung erweisen. Rpd.

Entschädigung bei Linsenlosigkeit eines Auges. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 19. Juni 1915.

Die unkomplizierte Linsenlosigkeit eines Auges wird nach sachverständiger ärztlicher Ansicht mit einer Rente von 15 %, ausnahmsweise 20 % hinlänglich entschädigt. Bei Berufsarten, die nur grobe Arbeiten erfordern, genügt eine Rente von 15 %. Tritt nach einiger Zeit Gewöhnung an das einäugige Sehen und wieder brauchbares Tiefenschätzungsvermögen ein, etwa nach Verlauf eines Jahres, so ist die Minderung auf 15 %, bezw. 10 % berechtigt. Voraussetzung für die Minderung der Rente ist aber, daß das unverletzte Auge voll sehtüchtig und das Starauge mit gutem Erfolge operiert ist, sowie ferner, daß keine stärkere Entstellung oder Schiefstellung des letzteren vorhanden ist und endlich, daß das Bild des Starauges nicht störend empfunden wird. Im anderen Falle wird der höhere Satz dauernd gewährt werden müssen. Auch Berufe mit außergewöhnlich hohen Ansprüchen an das stereoskopische Sehen, zum Beispiel Feinmechaniker, Uhrmacher, Bildhauer und dergleichen haben unter Umständen Anspruch auf dauernde Gewährung der 20prozentigen Rente. Betraf der Verlust der Linse das bessere Auge, oder ist die Sehschärfe des operierten Auges so gering, daß es einem erblindeten gleich zu setzen ist, dann wird je nach dem Falle eine höhere Bewertung Platz zu greifen haben. Einem Hauer hat z. B. das Reichsversicherungsamt in einer Rekursentscheidung vom 5. Juni 1912 für die unkomplizierte einseitige Linsenlosigkeit mit normalem Sehvermögen des anderen Auges eine 10prozentige Rente zugesprochen, weil der Verletzte beim Gebrauch der erforderlichen Brille mindestens halbe Sehkraft auf dem verletzten Auge besaß, die Herabsetzung der Sehschärfe also nur für geringfügig erachtet wurde. Der Verletzte war wieder als vollwertiger Hauer wie vor dem Unfalle beschäftigt. In einem weiteren Falle hat dagegen das R. V. A. die Linsenlosigkeit eines Auges bei einem Hauer mit 20 % entschädigt, obwohl der Verletzte, der vor dem Unfalle Lehrhauer war, jetzt ohne Beeinträchtigung als Hauer arbeitete und im Akkord 7,23 M. arbeitstäglich verdiente. Die betreffende Rekurs-Entscheidung (vom 19. Juni 1915) wird wie folgt begründet:

„Für die Bemessung der Entschädigung kommt in Betracht, daß der Kläger den Unfall bei Ausübung seines Berufes als Kohlenhauer erlitten hat und der völlige Verlust eines Auges bei einem solchen Arbeiter nach der Spruchübung des R. V. A. in der Regel mit einer Teilrente von 33⅓ % zu entschädigen ist. Hierbei ist die Einbuße, welche der Kläger infolge des Unfalles vom 11. Juli 1907 nach der eingetretenen weiteren Gewöhnung noch an seiner Erwerbsfähigkeit seit dem 1. Dezember 1912 erleidet, auf 20 % zu schätzen gewesen." Kompaß; 1915, Nr. 23.

Tod durch Blutvergiftung infolge einer schon vorher vorhandenen Handwunde durch die Arbeit. Entschädigungspflichtiger Betriebsunfall anerkannt. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 29. September 1915.

Der Schachtreparaturhauer Hermann G. aus Stoppenberg mußte am 7. April 1914 wegen einer Entzündung seiner rechten Hand ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Die auf dem rechten Handrücken befindliche Borke und eine darunter befindliche Eiterbildung rührte nach seiner eigenen Angabe von einer Verletzung her, die er sich etwa 4 Wochen vorher zu Hause durch einen Schusterpinn zugezogen hatte. Aus der angeblich zuerst ohne Entzündung verheilt gewesenen kleinen Verletzung hatte sich eine Blutvergiftung entwickelt, die immer weiter um sich griff und am 16. Mai 1914 den Tod herbeiführte. Erst kurz vor dem Tode des G., am 10. Mai 1914, führten die Angehörigen die Erkrankung auf einen Unfall zurück, den G. in der Nacht vom 4. zum 5. April 1914 im Betriebe der Zeche Helene und Amalie dadurch erlitten habe, daß er sich beim Hochziehen eines Wagens durch das dabei benutzte stark beschmutzte Seil an der früher verletzt gewesenen Stelle eine frische Verletzung zugezogen habe. Den nach dem Tode erhobenen Hinterbliebenenrentenanspruch wiesen die Knappschafts-Berufsgenossenschaft und auch das Oberversicherungsamt zurück, weil die erst später behauptete frische Verletzung im Betriebe nicht erwiesen sei. G. selbst habe zu seinen Lebzeiten auf die Frage der Aerzte, wodurch die Entzündung entstanden sei, angegeben, daß sie von selbst entstanden sei; er wisse wenigstens keine andere Ursache anzugeben. Auch eine Verschlimmerung der ersten durch den Schusterpinn hervorgerufenen Wunde durch die Arbeit mit dem Seil sei unwahrscheinlich, denn ärztlicherseits seien keine Zeichen einer frischen Verletzung festzustellen gewesen. Die Infektion dieser alten Wunde außerhalb des Betriebes sei ebensogut möglich als die behauptete Infektion durch das Seil. Das von den Hinterbliebenen angerufene R. V. A. verkannte die Zweifelhaftigkeit der Sache nicht, hielt es aber doch für wahrscheinlicher, daß durch die Arbeit im Betriebe die Eitererreger in die Wunde gelangt sind und verurteilte daher die Berufsgenossenschaft aus folgenden Gründen zur Entschädigungsleistung:

„Das R. V. A. hat den aus Anlaß des Todes des Bergmanns Hermann G. erhobenen Anspruch der Hinterbliebenen für begründet erachtet. G. ist infolge einer phlegmonösen Entzündung, die die ganze rechte Hand und den Arm bis zur Achselhöhle ergriffen hatte, an Blutvergiftung gestorben. Erkrankungen dieser Art pflegen dadurch zu entstehen, daß auf dem Wege einer oft geringfügigen Hautbeschädigung Eitererreger in das Zellgewebe eindringen und die Entzündung herbeiführen. Sie sind nach der ständigen Rechtsprechung des R. V. A. sowohl dann als Folgen eines Betriebsunfalls anzusehen, wenn die den Eingang der Krankheitserreger in das Zellgewebe ermöglichende Hautverletzung im Betriebe verursacht worden ist, als auch dann, wenn ein Betriebsunfall den Eintritt der Krankheitskeime in eine schon vorhandene Hautwunde bewirkt hat. Bei dem Bergmann G. fand sich zur Zeit der Aufnahme in das Krankenhaus in Stoppenberg am 9. April 1914 auf dem rechten Handrücken eine kleine Borke und darunter eine Eiteransammlung. Die Borke rührte von einer Verletzung her, die sich G. nach seiner eigenen Angabe etwa 4 Wochen früher zu Hause durch einen Schusterpinn zugefügt hatte und die angeblich ohne Entzündung verheilt war. Durch die Aussage der Zeugen ist erwiesen, daß G., der bis dahin regelmäßig gearbeitet hatte, am 4. April 1914, als er auf der 5. Sohle bei dem Herausholen von 3 Förderwagen aus dem Schachtsumpf mitbeschäftigt war, und ferner am 6. April darüber geklagt hat, daß er sich bei der Arbeit am 4. April an der früher verletzten Hand wehgetan habe. Es unterliegt auch keinem begründeten Zweifel, daß seine Tätigkeit bei dem Heranziehen der aus dem Sumpf gehobenen Wagen auf den Füllort mittels Seils leicht zu einer Beschädigung der Hand oder, wenn die Haut bereits verletzt war, zu einer Verschlimmerung der alten Wunde führen konnte. Durch die Berührung der mit Sumpfschlamm überzogenen Wagen oder des schmutzigen Hanfseils war aber die Gefahr der Infektion einer Wunde an der Hand besonders gegeben. Unter diesen Umständen hat der Senat, ohne eine gewisse Zweifelhaftigkeit des Falles zu verkennen, es für überwiegend wahrscheinlich erachtet, daß die zum Tode des Bergmanns G. führende Krankheit auf ein am

4. April 1914 im Betriebe eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist. Die Beklagte ist daher verurteilt worden, die Kläger nach Maßgabe der §§ 586 ff. der R. V. O. zu entschädigen. Kompaß; 1915, Nr. 23.

E. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bakteriologie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

25 Jahre antitoxischer Serumtherapie. Von Prof. H. Kossel-Heidelberg. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 49.

In der Deutschen med. Wochenschrift vom 4. Dezember 1890 berichteten v. Behring und Kitasato, daß es ihnen bei Diphtherie und Tetanus gelungen sei, „sowohl infizierte Tiere zu heilen, wie die gesunden derartig vorzubehandeln, daß sie später nicht mehr an Diphtherie bezw. Tetanus erkranken.“ 1892 konnte v. Behring mit Wernicke Ergebnisse veröffentlichen über die Immunisierung von Schafen mit Diphtheriegift. Gleichzeitig wurden von Schütz Pferde und Schafe immunisiert. Weiter förderten Ehrlichs Arbeiten über giftige Pflanzeneiweißkörper das Studium der Immunität, die Kenntnis der antitoxischen Werte im Blutserum und ermöglichten nicht nur die Steigerung der Immunität der blutliefernden Tiere, sondern auch das genaue Bestimmen ihres Antitoxingehaltes.

Der ersten Veröffentlichung über die Behandlung diphtheriekranker Kinder durch Behring, Boer und Kossel im April 1893 folgten weitere Mitteilungen von Behring, Wernicke, Ehrlich, Wassermann, Kossel (1894) und von Roux und Martin auf dem internationalen Kongreß in Budapest (1894). Von nun an wurde auch das Mittel der Allgemeinheit zugänglich gemacht und die Herstellung des Diphtherieserums in den Höchster Farbwerken im großen Maßstabe betrieben. Und der Erfolg? Während in Deutschland im Jahre 1893 in 10 deutschen Staaten 65384 Todesfälle an Diphtherie und Krupp bei Kindern im Alter von 1 bis 15 Jahren gezählt wurden, betrug die Ziffer 10 Jahre später in 24 deutschen Staaten in der gleichen Altersklasse 15712 und 1918 trotz erheblicher Bevölkerungszunahme nur noch 12129 in 26 deutschen Staaten. Die Sterblichkeit an Diphtherie war also in 20 Jahren auf den 5. bis 6. Teil abgesunken. Noch beweiskräftiger sind die Verhältnisse in den deutschen Städten über 15000 Einwohner, in denen die frühzeitige Anwendung des Serums bei den erkrankten Kindern besser gewährleistet ist als auf dem flachen Lande: Hier ist die Kurve der Diphtheriesterblichkeit in den auf die Einführung des Serums folgenden Jahren steil abgefallen (von 130 bezw. 100 auf 50 und 20 auf 100000 Lebende berechnet), ohne sich nicht wieder zu erheben. Wie in Deutschland, so ist auch in anderen Ländern nach Einführung der Serumbehandlung die Diphtheriesterblichkeit gesunken. Immerhin ist sie noch beträchtlich, so daß den neuesten Behringschen Bemühungen, die Schutzimpfung mit einem Toxin-Antitoxingemisch zu erreichen, Erfolg zu wünschen wäre.

Bei dem Tetanus erfüllte das antitoxische Serum als Heilmittel nicht die Hoffnungen. Der Grund hierfür liegt in der Pathogenese der Krankheit, bei der das Wundstarrkrampfgift durch frühzeitige Bindung an die Zellen des Zentralnervensystems und an die peripherischen Nerven der Einwirkung des nur im Blute kreisenden Antitoxins entzogen wird. Trotzdem entlastet die intramuskuläre und intraspinale Injektion des Tetanusserums den Körper vor der Giftwirkung und ist bei der sonst so furchtbaren Krankheit durchaus berechtigt. Die prophylaktische Wirksamkeit des Tetanusantitoxins ist durch den Krieg erwiesen. Die Einspritzungen, möglichst bald nach Granatsplitter- und anderen auf Tetanuskeime verdächtigen Verletzungen vorgenommen, haben die Erkrankungen an Wundstarrkrampf immer seltener gemacht. Die hierzu erforderlichen großen Serummengen hat man gewinnen können.

Die Anwendung antitoxischer Sera wurde außerdem verwertet für die Behandlung der Schlangenbisse durch Calmette, des Botulismus durch Kempner, des Heufiebers durch Dunbar. Die neuen Waffen entstammen dem Arsenal deutscher Wissenschaft. Dr. Roepke-Melsungen.

Ergebnisse der Schutzimpfungen an der Impfstelle des Zentralkomitees der Preußischen Landesvereine vom Roten Kreuz in Berlin. Von Dr. O. Salomon und Dr. R. Weber. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 49.

Als Impfstoffe gelangten ausschließlich zur Verwendung die Pockenlymphe von der Kgl. Impfanstalt Berlin, der Typhusimpfstoff aus dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch", der Choleraimpfstoff von der Kaiser Wilhelm-Akademie-Berlin. Die Pockenimpfung erfolgte mit Platin-Iridium-Lanzetten, die gegen Typhus und Cholera mit Rekordspritzen und Nickelkanülen. Impfstelle: Mitte zwischen Sternum und Mamilla, ihre Desinfektion mit Aether oder 10proz. Jodtinktur. Reihenfolge: am ersten Tage Pocken- und erste Typhusimpfung (0,5 ccm), nach 7 Tagen Nachschau und zweite Typhusimpfung (1 ccm), wiederum nach 7 Tagen dritte Typhusimpfung (1,0 ccm); nach einer Woche erste Choleraimpfung (0,5 ccm), nach 7 Tagen zweite Choleraimpfung (1,0 ccm); in der folgenden Woche Nachschau der Impfstelle und Ausstellung des Impfscheins. Nur in ganz dringenden Fällen wurde der Zwischenraum auf 3—5 Tage herabgesetzt, nach sehr starker Pockenreaktion um 8—14 Tage verlängert. Ueber Verhaltungsmaßregeln wurden die Geimpften mündlich, später durch ein gedrucktes Formular unterrichtet.

Der Pockenimpfung wurden 2873 Personen während des ersten Kriegsjahres unterzogen; nicht zur Nachschau waren erschienen 417, ohne Erfolg geimpft 101. Starke Reaktionen, noch stärker als beim Erstimpfling, wurden bei Personen beobachtet, die 30 Jahre und älter waren; häufig hatten sich bei ihnen in der Umgebung der Impfblattern kleine sekundäre Pustelchen gebildet. Auf Grund dieser Beobachtung und der Gefahren der Pockenseuche durch den Krieg wird zur Erwägung gestellt, ob nicht eine Wiederimpfung im Alter von 25—30 Jahren bei den Personen gerechtfertigt oder geradezu erforderlich erscheint, die nicht im 21. Jahr gelegentlich einer Militärzeit wiedergeimpft sind.

Bei der Typhusimpfung von 2869 Personen wurde von der dreimaligen Injektion nicht abgewichen. Bei starken Reaktionen, die regelmäßig bei Potatoren auftraten, wurde die Dosis verkleinert oder der Zwischenraum von 8 auf 14 Tage ausgedehnt oder ein älterer Impfstoff genommen. Hochgradige Reaktionen (mit tagelangem hohen Fieber, Bettlägerigkeit, ödematöser Schwellung der Impfstelle), wie sie in Schützengräben, Garnisonen usw. vorgekommen sind, wurden niemals beobachtet.

Die Choleraimpfungen wurden von allen 1606 Personen sehr gut vertragen.

Durch die serologische Untersuchung des Blutes der Geimpften wurde folgendes festgestellt: Die Agglutination ergab bei Typhusgeimpften in 16,6 % der untersuchten Fälle einen Titer von 200, bei 33,3 % 150, bei 16,6 % 100, bei 22,5 % 50 und bei 11,5 % keine Agglutination. Bei den Choleragеimpften ergab die Agglutination bei 6,6 % einen Titer von 800, bei 13,3 % 400, bei 6,6 % 200, bei 13,3 % 100, bei 20 % 50 und bei 33,3 % keine Agglutination. Der Pfeiffersche Versuch bei den Choleragеimpften (eine Oese hochvirulenter Cholerakultur mit 0,01 Serum verrieben und intraperitonal injiziert) zeigte in 42,8 Fällen nachweisbaren Schutz, während der übrige Teil der Tiere der Infektion erlag.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

2. Pocken.

Die Pockenerkrankungen in Detmold im Frühjahr 1914. (Aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin). Von Stabsarzt Dr. E. Hesse. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 46.

Der Verfasser hat sich im Juni v. J. auftragsgemäß an der Behandlung der in der Isolierstation des Detmolder Landkrankenhauses untergebrachten Pockenkranken und den weiteren Bekämpfungsmaßnahmen beteiligt und gibt die in epidemischer Hinsicht bemerkenswerten Tatsachen bekannt. Von 38 für landwirtschaftliche Arbeiten am 16. März 1914 eingetroffenen russisch-polnischen Arbeitern der fürstlichen Domäne Schieder waren nur 37 zu der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung erschienen. Den fehlenden Arbeiter, der krank im Bette lag, suchte man zu verschweigen, um Unbequemlichkeiten vorzubeugen.

Der Stellvertreter des Kreisarztes stellte bei dem im Sterben liegenden Kranken schwere Pocken fest. Kurze Zeit danach erkrankten drei der übrigen Polen, zwei Mädchen und ein Junge, unter verdächtigen Erscheinungen. Sie wurden am 23. März in einer vom übrigen Hause nicht weiter abgesperrten Isolierbaracke des Landkrankenhauses untergebracht, das gesamte Pflegepersonal einer Schutzimpfung, allerdings mit nicht frischer Lymphe, unterzogen. Bei einem der eingelieferten kam eine sehr schwere Pockenerkrankung zum Ausbruch, während die beiden anderen, die vor der Einlieferung mit Erfolg geimpft waren, gesund blieben; letztere wurden am 19. April, ersteres am 27. Mai nach seiner Genesung entlassen. Am 30. Mai erkrankte im Hauptgebäude eine operativ behandelte (Oberschenkelamputation) Frau mit pockenähnlichem Ausschlag ohne Fieber; man nahm Varizellen an, immerhin konnte eine leichte echte Pockenerkrankung (Narben) vorgelegen haben. Im Laufe der ersten Hälfte des Juni erkrankten dann im Haupthause des Landkrankenhauses fünf und im abgesperrten Diakonissenhause eine Person einwandfrei an Pocken (2 Diakonissen, 3 alte Männer, ein halbjähriges, noch nicht geimpftes Kind). Trotzdem waren am 15. und 16. Juni 13 Kranke und bis zum 20. Juni im ganzen 39 Kranke aus dem Landkrankenhause entlassen worden, nachdem sie am 15. und 16. Juni mit frischer Lymphe geimpft waren. Unter den am 16. Juni Entlassenen befand sich eine ältere wegen Unterleibsleiden Operierte, die am 22. Juni erkrankte mit typischem Pockenausschlag und am 30. Juni den Pocken erlag; bei einer mit ihr in Berührung gekommenen Frau wurden atypische Varizellen festgestellt. Im ganzen sind also 12 Erkrankungsfälle vorgekommen, davon waren neun mit Sicherheit echte Pocken; die Zahl der Pockentodesfälle betrug 6. Die Seuche ist durch das pockenkranke Polenmädchen, das vom 23. März bis 27. Mai im Landkrankenhause war, eingeschleppt worden. Es liegt weiterhin die Annahme nahe, daß die Infektion der später erkrankten Personen durch infektiöses Material erfolgt ist, daß in Form von angetrocknetem Eiter, beschmutzter Wäsche, in ungenügend vernichtetem Kehricht oder auf andere Weise lebenskräftig geblieben ist und später seine Wirkung entfaltet hat. Der im Krankenhause vorhandene Desinfektionsapparat entsprach den zu stellenden Anforderungen nicht. Für die Uebertragung der Pocken im Krankenhause waren verschiedene Möglichkeiten gegeben: Die völlig fehlende Absperrung der pockenkranken Polin in der Döckerschen Baracke vom übrigen Krankenhause, die Heranziehung der sie behandelnden Aerzte zu ihrem sonstigen Dienst, der Verkehr einer Hauskatze zwischen dem pockenkranken Polenmädchen und den anderen Kranken (die Katze erkrankte mit Erbrechen und Durchfall und wurde getötet, die im Krankenhause gehaltenen Schweine erkrankten an einem pockenähnlichen Ausschlag — auf Schweine wie auf Katzen ist eine Uebertragung der Pockenvakzine möglich!).

Zur Verhütung der Weiterverbreitung der Pocken wurden folgende Maßnahmen getroffen: Räumung und Desinfektion der mit Erkrankten belegten Räume, Unterbringung der Kranken und Ansteckungsverdächtigen in der Döckerschen Baracke mit eigenem Pflegepersonal, Impfung mit frischer Lymphe sämtlicher Insassen des Hauses einschließlich der Aerzte, der Pfleger und Pflegerinnen, Absperrung der Isolierbaracke und der Döckerschen Baracke durch Umzäunen mit Maschendraht, strenge Vorschriften betr. Verteilung des Essens, Reinigung des Geschirrs, Beseitigung der Abfälle und menschlichen Ausscheidungen, Sperrung des Hauses für Besucher, Impfung neu aufgenommener Kranker, Ueberwachung der Entlassenen, öffentliche freiwillige Durchimpfung der Bevölkerung der Stadt, welche Gelegenheit trotz starker impfgegnerischer Gegenströmungen in ausgiebigstem Maße benutzt wurde. Besondere Sorgfalt wurde auf die Entlassung der Genesenen und der zur Beobachtung im Isolierbezirk untergebrachten Personen verwandt, ferner auf die Desinfektion der Räume der Station und der Döckerschen Baracke; diese Räume wurden außerdem für mindestens 3 Wochen gesperrt.

Für die Beurteilung des Impfschutzes ist aus der Detmolder Epidemie zunächst zu folgern, daß eine einjährige Glyzerinlymphe, wenn sie nicht gerade bei einer Temperatur unter 0° aufbewahrt wird, wohl unter allen Umständen wirkungslos ist. Anderseits erhärten den Nutzen der Pockenschutzimpfung die zahlreichen mit frischer Lymphe geimpften

Personen, die einer Ansteckung in hohem Maße ausgesetzt waren (4 Aerzte, 4 Schwestern) und demnach nicht erkrankt sind. Bei den alten Leuten, die höchstwahrscheinlich nie geimpft waren, verlief die Krankheit ausnahmslos tödlich, bei einer Schwester, bei der die Impfung 12 Jahre zurücklag, bestand keine Immunität mehr, und bei einer anderen Schwester, die 36 Jahre vorher mit Erfolg geimpft war, verlief die Krankheit unter ganz leichten Erscheinungen. Endlich erscheint sicher, daß die Verhütung des Umsichgreifens der Seuche auf Stadt und Land zu einem großen Teil der Massenimpfung in der Bevölkerung zu verdanken ist. Dr. Roepke-Melsungen.

---

3. Fleckfieber.

Die Fleckfieberepidemie im Görlitzer Kriegsgefangenenlazarett. Von Dr. Rondke, ord. Arzt der Seuchenabteilung des Kriegsgefangenenlazaretts. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 42.

Der noch unbekannte Erreger des Fleckfiebers scheint zu den filtrierbaren Krankheitserregern zu gehören; er befindet sich im Blut und zwar in den weißen Blutkörperchen. Die Ueberträger sind die Kleiderläuse (vielleicht auch Kopfläuse), in denen die Erreger einen Reifungsprozeß durchmachen; erst nach 5—7 Tagen werden die Parasiten fähig, die Krankheit durch ihren Biß zu übertragen. Wahrscheinlich geht das Virus auch in die Nisse und damit auf die folgende Generation über. Gegen die Spirochaetennatur spricht der negative Wassermann und das Versagen der Salvarsan-Therapie. Eine erneute Verlausung der Patienten von außen oder von den Nissen an Körperhaaren ist zu verhüten, da eine Summation des Giftes eintritt. Vielleicht vermittelt auch in seltenen Fällen die Tröpfcheninfektion die Uebertragung. Aus den zur Beobachtung gelangten 270 sicheren Fällen gestaltet sich das Krankheitsbild folgendermaßen: Die Inkubationszeit ist meist ohne Beschwerden, das Prodromalstadium gelegentlich mit Unbehagen, Kopfschmerzen, Durst, Hitzegefühl, Schwindel und Bronchitis verbunden. In der Hälfte der Fälle tritt als Beginn Schüttelfrost auf, immer Fieberanstieg; gleichzeitig besteht ein influenzaartiges Initialstadium. Die Milz ist oft, aber nicht regelmäßig, vergrößert. Die Magen-Darmsymptome sind so selten, daß ihr Auftreten direkt gegen Fleckfieber spricht. Am 3.—5. Tage erscheint das Exanthem (mikroskopisch finden sich in den kleinen Hautarterien charakteristische Proliferationen, die zu knotenartigen Verdickungen und Verschluß der kleinen Gefäße führen; differentialdiagnostisch gegen Roseola typhosa, die in Anschwellung des Papillarkörpers besteht). Das Exanthem kann auch fehlen. Am 12.—15. Tag tritt kleienförmige Abschuppung auf. Febris continua mit meist lytischem Abfall. Die Allgemeinerscheinungen sind schwer: Status typhosus mit Delirien und Erregungszuständen. Im Urin findet sich fast stets leichte Albuminurie und Zylindrurie; sehr oft ist Ohrensausen und Schwerhörigkeit, zentral bedingt, vorhanden, ferner Lungenerscheinungen. Die Mortalität steigt mit dem Alter. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Typhus abdominalis (Bazillennachweis, Widal), Rückfallfieber (Spirillen im Blut), Masern, haemorrhagische Pocken, Roseola syphilica, gewisse Formen von Genickstarre und Malaria, Lungen- und septikaemische Pest, Influenza, septische und Arzneiexantheme. Die Behandlung deckt sich mit der allgemeinen Therapie der Infektionskrankheiten. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Beobachtungen bei einer Fleckfieberepidemie. Von Oberstabsarzt d. R. Prof. Dr. Otto, Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 45 und 46.

Die Beobachtungen sind in dem Kriegsgefangenenlager W. bei Z. gemacht. Von vornherein wurde eine möglichst schnelle und sichere Entlausung aller Gefangenen, in erster Linie der in den abgesperrten Lagerteilen, anbefohlen; gleichzeitig wurden die Gefangenen, ihre Kleider, Wohnungen und Lagerstätten entlaust. Die unter verdächtigen Erscheinungen erkrankten Gefangenen kamen zunächst in eine besondere Baracke des abgesperrten Lagers, wurden gebadet, mit reiner Wäsche versehen und, falls der Verdacht auf Fleckfieber fortbestand, am nächsten Tage ins Seuchenlazarett übergeführt, wo sie vor ihrer Aufnahme nochmals gebadet und auf das Vorhandensein von Läusen untersucht werden mußten. Dank dieses Vorgehens blieb das Lazarett

läusefrei, auch sind trotz engster Berührung des Pflegepersonals mit den Kranken keine Infektionen vorgekommen. Auch Sanitäts- und Wachpersonal in dem Lager blieben vor Ansteckung bewahrt; eine solche ereignete sich nur auf der Revierbaracke, in der die Entlausung vieler verdächtiger Fälle erst vorgenommen werden mußte.

Die ärztliche Behandlung der Verdächtigen und Kranken erfolgte in der von einem Drahtzaun abgetrennten Seuchenabteilung des Kriegsgefangenenlazaretts; alle Sanitätspersonen trugen Gummimäntel. Die Behandlung bestand in kalten Bädern. Urotropin wurde bald aufgegeben, da sich nach den vorgeschlagenen Dosen schwerste Delirien, vorübergehende Psychose, Blasenkatarrh mit Tenesmus und blutigem Harn einstellten und in den übrigen Fällen das Mittel ohne jede Wirkung blieb. Von 56 klinisch sicheren Fleckfieberfällen mit Exanthem und 9 Fleckfieberverdächtigen Fällen ohne Exanthem starb je einer an Herzschwäche und Septikämie. Als Nachkrankheit wurde mehrfach Schwerhörigkeit beobachtet, die sich in einzelnen Fällen bis zu gänzlicher Taubheit steigerte.

Das Virus des Fleckfiebers hat seinen Sitz in den Leukozyten; denn es gelingt leicht, mit geringen Leukozytenmengen Affen zu infizieren. Anderseits findet sich bei Fleckfieberkranken eine oft mit der Schwere der Infektion einhergehende Nekrose der Kerne der polynukleären neutrophilen Leukozyten, die stark segmentiert und eingebuchtet erscheinen. Ob die ebenfalls im Zellleib beobachteten basophilen Körnelungen und intensiv gefärbten Körperchen und Doppelkörperchen eine differentialdiagnostische Bedeutung haben, steht noch aus. Sonstige protozoenähnliche Gebilde sind im Blute der Erkrankten nicht beobachtet; auch bakteriologische Untersuchungen ergaben regelmäßig ein negatives Ergebnis.

Die Komplementbindungsreaktion, mit alkoholischen Extrakten aus Organen als Antigen ausgeführt, tritt in der Regel erst am dritten Krankheitstage oder noch später, meist nach dem Ausbruch des Exanthems, ein. Ihre diagnostische Bedeutung beschränkt sich daher auf die „ersten“ Fälle ohne Exanthem, deren Blutserum zuerst negativ reagiert, dann positiv wird und dauernd negative Widalsche Reaktion ergibt.

Besonders bemerkenswert erscheint der Vergleich des klinischen Verlaufs des Fleckfiebers mit dem der Weilschen Krankheit. Analogien zwischen beiden sprechen zweifellos für eine Verwandtschaft oder ein Nahestehen der ätiologischen Ursachen beider Infektionskrankheiten. Auch die Weilsche Krankheit gehört zu der Gruppe, die dadurch besonders gekennzeichnet ist, daß ihre Erreger durch Zwischenwirte übertragbare, mit unseren jetzigen Hilfsmitteln nicht sicher erkennbare Mikroorganismen sind, höchstwahrscheinlich Protozoen.

Gelegentlich der Fleckfieberepidemie sind auch einige Fälle von Rückfallfieber beobachtet; sie hörten ebenfalls nach Entlausung der Mannschaften und Baracken auf. Dr. Roepke-Melsungen.

4. Ruhr.

Beiträge zur Ruhrbehandlung. II. Aus der k. und k. Eisenbahnsicherungsabteilung Podleze (Chefarzt: Oberarzt Dr. Klesk).

Ueber die Serumbehandlung der Ruhr. Von Dr. Adolf Klesk, k. und k. Oberarzt i. d. Res., Direktor des Spitals „Panien Ekonomek“ in Krakau. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 42.

Die so wichtige Prophylaxe der Ruhr erfordert zunächst die schnelle Isolierung der Kranken, Desinfektion des Stuhles sowie geordnete Abführung der Abfallstoffe. Ein weiteres Mittel zur Bekämpfung ist in der Serumbehandlung gegeben. Das polyvalente Serum (Kraus und Doerr, Bijounal) wird durch Immunisierung mit dem Toxin der Bazillen gewonnen. Die Einspritzung geschieht unter die Bauchhaut in der Dosis von 2—5 Portionen. Nach der Einspritzung steigt gewöhnlich die Temperatur auf 38—39°, um aber nach einigen Stunden wieder zur Norm zurückzukehren. Die Wirkung ist um so besser, je früher die Injektionen gemacht werden, am besten in den ersten Tagen. Injektionen im Inkubationsstadium können den Ausbruch der Krankheit nicht mehr verhüten, verkürzen aber sehr oft die Dauer. Prophylaktische Impfungen scheinen Immunität hervorzurufen, über deren Dauer keine

genügende Beobachtungen gemacht werden konnten. Die Schmerzen an der Injektionsstelle sind gering; sie nehmen zu parallel der Schwere der Erkrankung. Neben Serum und Diät bekamen die Patienten Opium, Rotwein, Salizyl- oder Eichenrindeeinläufe. Von den Nichtinjizierten starben dreimal so viel als von den Geimpften. Die Einspritzungen sind bei Brustkindern und dekrepiden Greisen nicht zu empfehlen. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

5. Tuberkulose.

Tuberkelbazillen im Blute. Von Dr. C. Moewes-Lichterfelde. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1915, Nr. 46.

Die Nachprüfung der Behauptung, daß diagnostische oder therapeutische Tuberkulininjektionen eine Bazillämie hervorrufen können, ist praktisch und theoretisch von größter Bedeutung. Moewes hat die eigentlichen Tuberkulinversuche an 30 tuberkulösen Patienten ausgeführt und zwar im Tierversuch beim Meerschweinchen: 10 Patienten, die Wochen bis Monate mit Alt-Tuberkulin in der üblichen Weise behandelt worden waren, boten in keinem Fall ein positives Ergebnis. Von 10 Patienten, die unmittelbar nach einer probatorischen Tuberkulininjektion (1—5 mg) auf der Höhe der Allgemein- und Lokalreaktion untersucht wurden, gab 1 Fall ein positives Resultat bei der Verimpfung von 10 ccm Blut auf einen Affen, während der entsprechende Meerschweinchenversuch negativ war. 10 Patienten, deren Blut vor und nach einer probatorischen Tuberkulininjektion untersucht wurden, ergaben nur in einem Fall ein positives, aber nicht bei der Untersuchung am Lebenden, sondern einige Tage später 2—3 Stunden post mortem bei der Untersuchung des Blutes aus der Vena cava. Bei der Gegenüberstellung der tuberkulinisierten und nicht gespritzten Fälle kommt M. zu dem Ergebnis, daß 40 nicht tuberkulinisierte reine Lungentuberkulosen 5% positiven Bazillenbefund im Blute (2 Fälle) aufweisen gegenüber 30 tuberkulinisierten Fällen mit 6,6% positivem Blutbefund (2 Fälle). Danach kommt eine Mobilisierung von Tuberkelbazillen beim Menschen durch Tuberkulin nicht in Frage.

M. hat ferner an 22 tuberkulösen Meerschweinchen Parallelversuche angestellt, indem er ihr Blut vor und nach Tuberkulininjektionen im Tierversuch untersuchte. Er fand bei den nicht tuberkulinisierten Tieren in 64% (bei 14 Tieren), bei den tuberkulinisierten Tieren in 68% (bei 15 Tieren) virulente Tuberkelbazillen im Blut. Dabei waren die Tuberkulindosen so groß (0,01 Alttuberkulin, 24 Stunden später 0,3 ccm), daß die meisten Tiere an Schockwirkung zugrunde gingen. Dieses Ergebnis ist um so bemerkenswerter, wenn man berücksichtigt, daß im Blute der Meerschweinchen selbst bei noch geringer Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses sich fast regelmäßig (70 bis 100%) Bazillen nachweisen lassen.

Nach allem kann von einer Mobilisierung von Tuberkelbazillen durch Tuberkulin nicht die Rede sein weder bei Mensch und Tier nach probatorischen Tuberkulindosen, noch beim Menschen nach längerer Tuberkulinbehandlung.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

1. **Tuberkulosefürsorge der Generalkrankenkasse der Wiener Kaufmannschaft.** Von Chefarzt Dr. Czech.

2. **Soziale Erhebungen bei tuberkulösen Handelsangestellten.** Von Dr. Czech und Dr. Götzl.

3. **Die Heilstättenbehandlung in der Generalkrankenkasse 1911—1913.** Von Dr. Neumann.

4. **Klinische Bemerkungen zur ambulatorischen Tuberkulintherapie.** Von Dr. Götzl.

5. **Grundlagen und Ergebnisse ambulatorischer Tuberkulinbehandlung.** Von Dr. Laub. Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der Soz Medizin, Heft 7. (Beiheft zum „Oesterreichischen Sanitätswesen"; 1915, Nr. 43/46).

Nach Czech (1) ist für Tuberkulosebekämpfung durch Krankenkassen der beste Mittelpunkt eine Fürsorgestelle mit vielen ärztlichen Hilfskräften und bei besonders großen Kassen je eine solche Fürsorgestelle für mehrere Wohnbezirke vorzusehen. Diese muß ambulatorische Behandlung mit Tuberkulin in der Station selbst ermöglichen. Genaue klinische und soziale Buch-

führung ist die Grundlage der Fürsorgetätigkeit; daher auch Anzeigepflicht für die von den Kassenärzten selbst behandelten Fälle. Weiterhin ist Tuberkulosebekämpfung ohne viele Heilstättenplätze undenkbar. Beschränkung auf die Tuberkulinbehandlung allein bedeutet nur Stückwerk; Fürsorgetätigkeit und ambulatorische Tuberkulinbehandlung an getrennten Stellen bringen große kassentechnische Schwierigkeiten. Wo Heilstättenbetten nicht erreichbar, bewähren sich kleine Hilfsstationen, selbst Einzelpflege mit fachkundigem Arzt. Für Schwerkranke haben sich Invalidenheime nicht bewährt; daher gemeinsame Anstalten oder Krankenhaus. Unerläßlich ist die Heranziehung aller Kassenärzte zur Mitarbeit für jede Fürsorgetätigkeit. Die Fürsorge muß nach Dr. Czech und Dr. Götzl (2) in der Lehrlingszeit einsetzen. Die unhygienische Beschaffenheit der Wohn- und Arbeitsräume, die lange Arbeitszeit und die den geringen Löhnen entsprechenden schlechten Ernährungsverhältnisse bedingen die enorme Ausbreitung der Tuberkulose im Handelsgewerbe, dessen eigentliche Berufskrankheit sie darstellt.

Dr. Neumann (3) weist auf den überaus günstigen, durch eine längere Beobachtungsdauer erwiesenen therapeutischen Erfolg in den Heilstätten hin, der durch den nichts erreichbaren Wert der Erziehung der Infektionsträger erreicht wird.

Betreffs der ambulatorischen Tuberkulintherapie fordert Götzl (4):

1. Die ambulatorische Behandlung Tuberkulöser mit spezifisch wirkenden Mitteln ist nicht nur berechtigt, sondern bildet ein wichtiges und unentbehrliches Glied in der Reihe jener Maßnahmen, die in den Rahmen einer kassenärztlichen Fürsorge fallen.

2. Die Durchführung dieser Art Therapie bietet unter der Voraussetzung einer genügenden Intelligenz der Kranken sowie aller gebotenen Vorsichtsmaßregeln (Beobachtung der Temperatur der eventuellen Reaktion usw.) keine wesentlichen Schwierigkeiten.

3. Diese sind vielmehr hier wie auch sonst vornehmlich in der Indikationsstellung zur Einleitung der Behandlung und in der Beurteilung des Endeffektes dieser gelegen.

4. Die Frage, die unser medizinisches Interesse im höchsten Grade erregt, ob durch die spezifische Behandlung Dauerheilungen zu erzielen waren, muß für die Mehrzahl unserer Kranken mit Rücksicht auf die noch zu kurze Beobachtungszeit in Schwebe gelassen werden. Bei einer kleinen Gruppe scheint dieses Ziel allerdings erreicht.

5. Viel deutlicher erhellt der Wert der spezifischen Behandlung, sobald die Erwerbung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Kranken als Maßstab für die Beurteilung herangezogen wird.

6. Die ambulatorische spezifische Behandlung bietet die Möglichkeit, ökonomische und soziale Werte zu erhalten, die sonst mehr minder rasch dem Untergange preisgegeben wären.

7. Sie muß schon aus diesem Grunde als ein wichtiger Faktor in der Bekämpfung der sozialen Krankheit Tuberkulose angesehen werden.

Dr. Laub (5) faßt die Ergebnisse der ambulatorischen Tuberkulintherapie dahin zusammen, daß nicht bloß die Erwerbstätigkeit seiner unter nicht besonders günstigen sozialen Verhältnissen lebenden Patienten unter dem Einfluß des Tuberkulins erhalten, sondern auch der Gesundheitszustand wesentlich gebessert und gekräftigt wurde sowie ferner neben dem Schwinden subjektiver Beschwerden auch in objektiver Weise Zeichen der Besserung nachgewiesen werden konnten. Dr. Wolf-Hanau.

Sonnenklinik für Kranke mit chirurgischer Tuberkulose. Tuberkulose-Fürsorgeblatt; 2. Jahrgang, Nr. 13.

Auf Anregung der Großherzogin Luise von Baden und im Auftrage des Sanitätsamts des 14. Armeekorps ist im Solbad Dürrheim im badischen Schwarzwald (720 m üb. M.) eine Sonnenklinik zur Behandlung von geeigneten Fällen von Kriegsverwundungen und von im Felde aufgetretener chirurgischer Tuberkulose errichtet worden. Die Anstalt wurde von Dr. Bernhard-St. Moritz, der bekanntlich die Sonnenlichtbehandlung in die Therapie eingeführt hat, eingerichtet.

Als Indikationen für die Aufnahme in die Anstalt gelten: 1. große

schlecht granulierende und stark separierende Wunden; 2. Brand- und Frostwunden oder solche von Verätzungen; 3. Wunden, deren Heilung erschwert ist durch Zirkulationsstörungen (Krampfadern) oder durch trophische Nervenstörungen (Rückenmark-Erkrankungen oder Verletzungen); 4. Wunden, die schlecht heilen infolge allgemeiner Schwäche oder konstitutioneller Krankheiten wie Tuberkulose und Lues; 5. hartnäckige Fisteln; 6. verzögerte Kallusbildung bei schweren Knochenbrüchen; 7. chirurgische Tuberkulose.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

6. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Ueber Todesfälle nach Salvarsan. Von Dr. F. Lube-Braunschweig. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 49.

Es gibt zwei Formen der akuten Arsenvergiftung: 1. die stürmisch verlaufende paralytische Form, Asphyxia arsenicalis, deren Wesen in einer akuten Gefäßlähmung des Zentralnervensystems besteht; 2. die gewöhnliche, gastrointestinale Form, bei der die Gefäßlähmung den Magendarmkanal betrifft und Gehirn- und Nervenveränderungen in der Regel fehlen.

Mit der ersteren, akutesten Form der Arsenvergiftung ist der klinische Verlauf der sog. Encephalitis haemorrhagica nach Salvarsan, die Salvarsanepilepsie, identisch. Die zweite, beim Menschen ungleich häufiger beobachtete Form, die gastrointestinale Arsenvergiftung, ist nach Salvarsan so selten, daß die von L. bekannt gegebene Beobachtung der erste Fall dieser Art zu sein scheint. Vielleicht liegt der Grund hierfür darin, daß in dem beobachteten Fall keine Lues, die das Zentralnervensystem häufig und frühzeitig ergreift, vorlag, dagegen ein Herzfehler mit vorübergehender, zur Zeit der Salvarsanbehandlung klinisch nicht mehr erkennbarer Stauung in der Leber und im Splanchnikusgebiet, die den Angriff des Arsens auf die Leber und die Darmgefäße erleichtert haben kann. Jedenfalls wirkt das Arsen in erster Linie als ein Gefäßgift und nicht, wie Fischer meint, als ein Nervengift; der beobachtete Fall ist ein Beispiel für die gastrointestinale Form der Arsenvergiftung nach Salvarsan. Die chronische Arsenvergiftung (multiple Neuritis, Hautveränderungen, Pigmentablagerungen) ist auch gelegentlich nach Salvarsan und Neosalvarsan beobachtet. Dr. Roepke-Melsungen.

F. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Schulgesundheitspflege.

Billige Solbadekuren für Schulkinder. Von Dr. Axmann-Erfurt. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1915, Nr. 10.

Verfasser will das bekannte Reklamewort: **Bade zu Hause!** auf die Solbadekuren für Schulkinder angewandt wissen. Die Kuren in den Solbädern sind viel zu teuer, als daß sie vielen Kindern zugute kommen könnten. Bedürftig solcher Kuren sind aber Tausende. Deshalb sollten die Schulbadeeinrichtungen zur Verabreichung von Solbädern während der Schulferien herangezogen werden. Nach dem Bade soll eine kurze Ruhe im Schulhofe oder in einer offenen Turnhalle stattfinden, möglichst ein Frühstück mit Milch gewährt werden und am Nachmittag ein Ferienspaziergang sich anschließen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Nachklänge zum Fortbildungskursus für Schulärzte in Köln vom 20. bis 25. Juli 1914. Von Med.-Rat Dr. **Matzdorff**, Kreisarzt in Schmalkalden. Der Schularzt; 1915, Nr. 10.

Der infolge der Einberufung des Verfassers zum Heeresdienst verspätet erstattete Bericht ist deshalb doch noch von großem Interesse. Zunächst sind solche Kurse für Schulärzte an sich höchst erwünscht, da sie nicht nur ein Zeichen dafür sind, daß die schulärztliche Einrichtung in ihrer Wichtigkeit immer mehr erkannt wird, sondern auch angehenden oder bereits tätigen Schulärzten Belehrungen und Anregungen bieten; vom Standpunkt der Medizinalbehörden ist es außerdem besonders mit Freuden zu begrüßen, daß auch den beamteten Aerzten, die ja die geborenen Schulärzte sind, Gelegenheit gegeben

wird, neues auf dem Gebiete der schulärztlichen Tätigkeit kennen zu lernen, altes und bewährtes von berufener Seite zur Auffrischung vortragen zu hören.

Daß der Kursus vieles, ja vielleicht zu vielerlei bot, hören wir vom Verfasser. Wie er mit seinem Lobe nicht kargt, wo, wie bei den meisten Vorträgen (so Siegert über Ernährungsfragen und Infektionskrankheiten, Cramer über Skoliose, Aschaffenburg über Hygiene des Unterrichts u. a.) volle Befriedigung über das Dargebotene herrschte, so unterläßt er auch nicht, auf hier und da hervortretende Mängel aufmerksam zu machen.

Dem Wunsche, daß solche Fortbildungskurse weiter abgehalten werden und häufigere Entsendungen von Kreisärzten dazu stattfinden, schließen wir uns durchaus an. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Tätigkeit des Stadtarztes während des Krieges. Von Prof. Dr. Gastpar-Stuttgart. Der Schularzt; 1915, Nr. 11.

Es ist ein erfreuliches Bild, das hier über die stadt- und schulärztliche Tätigkeit in Stuttgart während der Kriegszeit entrollt wird. Trotz Personalmangels und Schwierigkeiten infolge der veränderten Lage verstand es Verfasser, die stadtärztliche Tätigkeit nicht nur weiter auszuüben, sondern angepaßt den neuen Aufgaben zu Kriegszeiten zu erweitern und fruchtbringend umzugestalten. Besonders erfuhren die Fürsorgeeinrichtungen erhebliche Ausdehnung (Säuglingsheime, Kinderheim, Entbindungsheim, Unterkunftsheime für ansteckende Kranke u. a. m. wurden eingerichtet); auch die schulärztliche Tätigkeit wurde mit Eifer wieder aufgenommen. Schulschwestern und Tuberkuloseschwestern waren als Helferinnen mit Erfolg tätig.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Das erste Kriegsjahr und die großstädtischen Volksschulkinder. Von Dr. med. et phil. A. H. Kettner, Schularzt in Charlottenburg. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 48.

Die in der Fürsorgestelle vorgestellten Säuglinge und Kleinkinder im sogen. Spielalter haben unter der Ungunst der Kriegsverhältnisse bedeutend weniger gelitten, als zu Beginn des Krieges befürchtet wurde. In dem der ärztlichen Aufsicht des Verfassers anvertrauten Bezirk (Norden Charlottenburgs) mit etwa 5000 Kindern sind im Sommer Erkrankungen an Magendarmkatarrhen nur selten, Todesfälle daran überhaupt nicht zur Beobachtung gekommen. Nur Rachitis und Tetanie oder spasmophile Diathese, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Krieg zu bringen sind, wurden in vermehrter Anzahl beobachtet.

Anders verhält es sich im Schulalter. In diesem hat schon das erste Kriegsjahr einen deutlichen Einfluß auf die körperliche Entwicklung ausgeübt und zwar für Knaben und Mädchen hinsichtlich der Gewichts- und Längenzunahmen in deutlich nachteiliger Weise. Durch Kurven weist K. nach, daß die in den Friedensjahren beobachteten großen Zunahmen im Kriegsjahre ganz fehlen oder auf ein Minimum zurückgegangen sind. Die geringeren, den Nullpunkt näher gelegenen Zunahmewerte zeigen ein dementsprechendes Anwachsen. Stillstand und bei den Gewichten auch Abnahmen treten entweder überhaupt erst im Kriegsjahre auf oder ergeben auch dort höhere Werte als in den Friedensjahren. Diese Tatsachen zusammen ergeben eine deutlich nachweisbare ungünstige Beeinflussung durch den Krieg für alle Altersklassen vom 8. bis 14. Lebensjahre, bei den Mädchen noch stärker als bei den Knaben.

Durch diese Einflüsse ist eine direkte Schädigung der Schulkinder wohl noch nicht eingetreten; ob sie bei längerer Dauer des Krieges ausbleibt, ist zum mindesten zweifelhaft. Erneute vierteljährliche Wägungen und Messungen werden darüber Klarheit schaffen. Doch erscheinen vorbeugende Maßnahmen etwa durch Ausgabe von Brotzusatzkarten an die besonders gefährdeten Altersklassen empfehlenswert. Sofort und nachdrücklichst muß aber davor gewarnt werden, daß aus zwar wohlgemeintem, aber vollkommen mißverstandenem patriotischen Gefühl heraus seitens der Tagespresse und leider auch seitens mancher Lehrer und Lehrerinnen unsere Schuljugend angehalten wird, sich in ihren Mahlzeiten und besonders in dem mit Unrecht angefeindeten Schulfrühstück Einschränkungen aufzuerlegen oder dieses sogar ganz fortzulassen.

„Hierdurch kann unsere heranwachsende Schuljugend an sich auch als Trägerin kommender Generationen schwer geschädigt werden, was auf alle Fälle vermieden werden muß!“ Dr. Roepke-Melsungen.

---

2. Jugendfürsorge und Sport.

Aerztliche Beobachtungen an Teilnehmern eines Armee-Gepäckmarsches. Von Stadtschularzt Dr. Thiele-Chemnitz. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1915, Nr. 48.

Die Abteilung Chemnitz der Deutschen Turnerschaft veranstaltete am 6. Juni 1915 einen sog. Armee-Gepäckmarsch, der sich auf 19 km erstreckte, die mitzunehmende Last (Rucksack oder Ranzen mit Sandsack oder losem Sand gefüllt) dem Alter der Teilnehmer entsprechend abstufte und im übrigen bestimmte Bedingungen vorschrieb. Bei allen Untersuchten wurden außer Alter, Körpergröße und Belastung vor und nach dem Marsche das Körpergewicht, die Körperwärme, die Pulszahl und der Blutdruck festgestellt, bei einer engeren Auswahl auch noch der chemische und mikroskopische Harnbefund. Die Zusammenstellung der ärztlichen Beobachtungen führt Th. zu dem allgemeinen Urteil, daß der Körper junger Männer im Alter von 18—25 Jahren die größte Widerstandskraft hat, die geringste der Körper älterer Männer; zwischen beiden steht die heranwachsende Jugend vom 14. Lebensjahr ab.

Die neuzeitliche Kriegführung erfordert, daß der Körper nicht nur in jeder Beziehung dauernden Anstrengungen, sondern auch gelegentlichen Ueberanstrengungen ohne Schaden gewachsen ist. Die körperliche Vorbereitung hierzu muß allmählich in denselben Formen erfolgen, die die betreffende Körperanstrengung verlangt. Insbesondere müssen sich die der Vorbereitung für den Kriegsdienst gewidmeten Leibesübungen der Jugenderziehung an die im Heere geforderten und erprobten Uebungen anschließen; Turnen im engeren Sinne ist ein Teil dieser körperlichen Vorbereitung; Märsche mit Belastung sind zu begrüßen. Es ist aber hierbei die Mirwirkung eines sachkundigen Arztes unerläßlich, um für die heranwachsende Jugend das Maß der Anstrengung zu beurteilen, Körperschädigungen zu verhüten und ungeeignete Kräfte auszuschalten. Dr. Roepke-Melsungen.

Jugendhygiene nach dem Kriege. Von Prof. Moldenhauer-Köln. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1915, Nr. 10.

Verfasser weist darauf hin, daß in den einzelnen Bundesstaaten noch immer große Verschiedenheiten auf dem Gebiete der Schulhygiene herrschen, so in der Form des Turnunterrichts, den Grundsätzen der Körperpflege, der Art der Schulbauten, der Schaffung von Spielplätzen, vor allem aber in der Zahl der Unterrichtsstunden. Es sollte aber in allen Fragen der Schulhygiene das Reich als solches das bestimmende und entscheidende Wort haben. Das Reichsschulamt, das nach einer Entschließung des Reichstages aus der Reichsschulkommission gebildet ist, sollte deshalb zu einer wirklichen Zentralstelle für alle schulhygienischen Fragen umgestaltet werden. Die Uebungen für die militärische Vorbereitung der Jugend müßten zur Pflicht gemacht werden, sowohl für höhere, als für Fortbildungsschulen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die vaterländische und militärische Erziehung der Jugend. Von Ferd. Kemsies. Leipzig und Hamburg 1915. Verlag von Leopold Voß. 8°; 86 Seiten. Preis: 1 M.

„Die Jünglinge vom 16. Lebensjahre an militärisch vorzubereiten, gebietet die eiserne Zeit. Aber auch nach dem Kriege dürfte militärische Leistungsfähigkeit von der gesamten deutschen Jugend gefordert werden, will sie das mit den Waffen Errungene in starken Händen festhalten. Immer mehr müssen daher selbst diese Uebungen, die Jünglinge, Jugendwehr und Jungdeutschland in vaterländischem Geiste betrieben haben, zum Gemeingut der heranwachsenden Generationen werden.“ Drei Gesichtspunkte müßten nach Ansicht des Verfassers künftig für die vaterländische Erziehung der Jugend

maßgebend sein: 1. Die Pflege körperlich-geistiger Gesundheit und Willenskraft, 2. der Unterricht in der Muttersprache, die Einführung in die Schätze des deutschen Geistes und der Unterricht in vaterländischer Geschichte und Bürgerkunde sowie 3. die naturwissenschaftlich-technische Erziehung. Von dem ersten Gesichtspunkt aus ist die vorliegende Schrift geschrieben und demzufolge ihr Schwerpunkt auf die körperliche Ertüchtigung der Jugend gelegt, für die ein militärischer Einschlag als angemessen erachtet wird, wie er in anderen Staaten bereits besteht. Militärische Jugendvertretung und Jugendpflege (I), Turnen, Spiel und Sport im Dienste der Erziehung und Wehrkraft (II), hygienisches Gleichgewicht in der Erziehung (III) sowie vaterländische Erziehung und Wehrübungen (IV) lauten die vier Abschnitte der Schrift, in denen Verfasser seine Hauptforderung: eine höhere Bewertung der Leibesübungen an den Schulen und eine dementsprechende Einwirkung des Turn-Wehrunterrichts, um das hygienische Gleichgewicht zwischen körperlicher und geistiger Erziehung herzustellen, in fesselnder und überzeugender Weise begründet. Er ist sich der Schwierigkeiten für ihre Durchführung bewußt, hofft aber, daß die Aussicht, eine wahrhaft vaterländische Schule zu begründen, die Jugend an des Reiches Ehr und Wehr heranzuführen, so verheißungsvoll sei, daß alle Schwierigkeiten dagegen zurücktreten werden. Rpd.

---

3. Statistik.

Die Entwicklung der Bevölkerung in den Kulturstaaten in dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts — Luxemburg, Niederlande, Norwegen —. Von Dr. E. Roeßle, Regierungsrat und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin. Archiv für soziale Hygiene und Demographie; 1915, II. Band, 1. Heft.

Verfasser schildert in der Fortsetzung seines Rückblickes über die bisherige Entwicklung der Bevölkerung in den Kulturstaaten zunächst diejenige im Großherzogtum Luxemburg. Hier macht sich in dem Jahrzehnt von 1901—1910 eine erhebliche Wanderungsverlust bemerkbar, dem aber anderseits im Gegensatz zu allen anderen europäischen Staaten eine Zunahme der Geburtenziffer (30,0 ‰ gegen 28,7 in den Jahren 1891—1900) gegenübersteht. Die Niederlande haben in der Zählungsperiode von 1899—1909 die größte Bevölkerungszunahme im Vergleich zu den vorhergehenden Jahrzehnten erfahren. Die Geburtenziffer ist hier allerdings in dem Jahrzehnt 1900—1909 ebenso wie in fast allen anderen europäischen Staaten schon seit Jahren ständig gesunken, die Sterbeziffer aber noch in höherem Maße; sie war im Jahre 1912 mit 12,3 ‰ am niedrigsten in ganz Europa. Demzufolge hat die tatsächliche Bevölkerungszunahme in dem Jahrzehnt 1900—1909 die Ziffer von 13,8 % erreicht (gegen nur 6,6 ‰ in dem Jahrzehnt 1840—1849 und 11,5 ‰ in dem Jahrzehnt 1870—1879) trotz eines nicht unerheblichen Verlustes durch Auswanderung (1,6 ‰); die Zunahme infolge Geburtenüberschusses würde sonst 15,3 ‰ betragen haben. Bemerkenswert ist, daß die eheliche Fruchtbarkeit in den Niederlanden am höchsten von allen europäischen Staaten ist; die an und für sich ziemlich hohe allgemeine Geburtenziffer bleibt jedoch hinter diejenigen in den slavischen Ländern zurück.

In Norwegen hat die Bevölkerungszunahme ihren höchsten Stand (17,8 %) schon verhältnismäßig frühzeitig (1825) erreicht und ist von auffallend langer Dauer (1825—1869) gewesen. Darauf hat infolge dieser starken Bevölkerungszunahme die Auswanderung in sehr erheblichem Grade eingesetzt und bis heute angehalten, obgleich Norwegen, wenn man von Island absieht, die geringste Bevölkerungsdichtigkeit in Europa hat. Der sich danach einstellende Rückgang der Bevölkerung ist lediglich auf diesen Wanderungsverlust (1901—1910: 15,2 ‰) zurückzuführen, denn die natürliche Bevölkerungszunahme 15,2 ‰) ist infolge eines sehr starken Sinkens der Sterbeziffer die gleiche wie früher geblieben und würde ohne den Wanderungsverlust 30,4 ‰ betragen haben. Die wirtschaftlichen Verhältnisse waren eben in Norwegen während der letzten Jahrzehnte für eine weitere Volksernährung sehr ungünstig; daraus erklärt sich die starke Auswanderung. Rpd.

Besprechungen.

Hans Würtz. ehungsdirektor im Oskar-Helenenstift Zehlendorf-Berlin. **Der Wille** . Ein pädagogisch-kultureller Beitrag zur Kriegskrüppelfürsorge. B 915. Verlag von Otto Elsner, Verlagsgesellschaft m. b. H. 8°; 186 S. ahlreichen Abbildungen.

Verfas t in seinem Büchlein die Schicksale und die Tatsachen selbst das ihren. Wir erfahren in einer bunten Reihe von Selbstbekenntnissen. es in den Seelen der Kriegs- und Friedenskrüppel aussieht und wonach sie Wirklichkeit verlangen. Was sie aus ihrem Leben verkünden, wird durch die Zeugnisse anderer verkrüppelter Lebenskämpfer ergänzt und bestätigt. Auf diese Weise ist ein ganz einzigartiges Gesamtbild entstanden, das uns nicht bloß den besten Beweis für die auf diesem Gebiete erzielten großen Erfolge gibt, sondern uns auch über das große Gebiet der Kriegskrüppelfürsorge umfassend unterrichtet. Verfasser zeigt, daß Wissenschaft und Erziehung inzwischen neue Waffen geschmiedet und Hemmnisse niedergerungen haben, die bisher unbezwingbar schienen. In gut ausgeführten und ausgewählten zahlreichen Abbildungen wird der Inhalt mit packender Anschaulichkeit erläutert. Das Buch ist demzufolge besonders allen Aerzten und Berufsberatern und sonstigen auf dem Gebiete der Kriegsbeschädigtenfürsorge zu empfehlen; es sollte aber auch in Lazaretten und unter den Kriegsbeschädigten selbst, sowie unter deren Angehörigen die weiteste Verbreitung finden, da es das beste Mittel ist, um auch den Bedrücktesten wieder Lebensmut zu bringen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Eine Anfrage des Leipziger Verbandes, ob auch **zur Ersatzreserve gehörige Aerzte,** die bei der Musterung als dauernd feld- und garnisondienstunfähig zum Dienst mit der Waffe, dagegen in ihrer Eigenschaft als Arzt für arbeitsverwendungsfähig befunden worden sind, den landsturmpflichtigen Aerzten gleichstehen und Stellen als assistierende oder ordinierende Aerzte erhalten können, hat die Medizinalabteilung des preußischen Kriegsministeriums unter dem 24. Dezember 1915 wie folgt beantwortet:

„Zivilärzte, die nicht gedient haben und bei der Musterung auf Grund der Aenderung des § 15 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 als arbeitsverwendungsfähig befunden worden sind, werden wie landsturmpflichtige Aerzte behandelt und demgemäß mit einer Arztstelle auf Widerruf beliehen."

Die mit dem 1. Januar d. J. in Kraft getretene **neue deutsche Arzneitaxe** bringt entsprechend der bei den meisten Arzneimitteln eingetretenen Erhöhung der Einkaufspreise sehr zahlreiche Preiserhöhungen; außerdem sind die Gefäßpreise um je 5 Pf. erhöht, für alle Gläser, für graue oder gelbe Kruken von 100—200 g Inhalt, sowie für alle Pappschachteln und Pulverkästchen. Neu aufgenommen ist Serum antimeningiticum; dagegen sind für Adrenalin. hydrochloric. solut., Atrop. sulf. anglic., Benzin. Petrolei, Chlorof. anglic., Ol. Menth. peper. angl. und Ova gallinacea keine Preise mehr vorgesehen.

Nach einer Mitteilung der „Neuen Freien Presse" in Wien soll der Bakteriologe Prof. Dr. Rudolf Kraus in Buenos-Aires ein **Keuchhustenserum** entdeckt haben, durch das seine früheren Wiener Studien mit Erfolg gekrönt worden sind.

Steigende Zunahme der Heilerfolge bei den Verwundeten und ständige Abnahme ihrer Sterblichkeit. Nach der Korrespondenz „Heer und Politik" haben sich die Erfolge unserer hervorragenden Verwundetenpflege während der Kriegsmonate ständig immer günstiger gestaltet. Nicht nur die Diensttauglichkeit der Verwundeten ist von Monat zu Monat gewachsen, sondern auch ihre Sterblichkeit hat gleichfalls von Monat zu Monat regelmäßig abgenommen.

Während bereits im ersten Kriegsmonat August 1914 von hundert Verwundeten die hohe Ziffer von 84,8 Dienstfähigen und 3,0 Gestorbenen, gegen

nur 12,2 Dienstuntauglichen und Beurlaubten erzielt war, hat sich dies schon an sich recht günstige Ergebnis im September 1914 auf 88,1 %, 2,7 und 9,2 % gestellt. Wieder einen Monat später, im Oktober 1914, ist die Zahl der Dienstfähigen auf 88,9 gestiegen und die Anzahl der Todesfälle auf 2,4, die der Dienstuntauglichen und Beurlaubten auf 8,7 % gesunken. In den Monaten November bis März schwankte die Zahl der Dienstfähigen zwischen 87,3 und 88,9, so daß im März die gleiche Zahl von Verwundeten wieder dienstfähig geworden war, wie im Oktober. Erfreulich ist aber, daß auch in diesen Monaten die Anzahl der Todesfälle weiter ständig sank und im November nur noch 2,1 %, im Dezember 1,7 %, im Januar 1,4 % und im Februar 1,3 % betrug. Die denkbar niedrigste Sterblichkeitsziffer ist im Juni und Juli mit 1,2 % erreicht. Hand in Hand damit hat in den Monaten März—Juli auch die Verhältnisziffer der Diensttauglichen wieder zugenommen und ist von 88,9 im März auf 91,8! im Monat Juli gestiegen; nur 7% der Verwundeten mußten als dienstuntauglich entlassen oder beurlaubt werden; von den Beurlaubten konnten aber eine erhebliche Anzahl wieder als dienstfähig eingestellt werden. Die Durchschnittszahlen für das ganze Kriegsjahr vom August 1914 bis Ende Juli 1915 stellen sich auf 89,5 % Dienstfähige, 8,8 Dienstunbrauchbare und Beurlaubte und nur 1,7 Todesfälle. Jedenfalls hat keine Armee der Welt bisher ähnlich günstige Ergebnisse aufzuweisen.

In Waldeck-Pyrmont ist jetzt ebenfalls vom regierenden Fürsten eine **Kriegsmedaille**, die **„Friedrich-Bathildis-Medaille“**, als Anerkennung für besonders verdienstliche Leistungen auf dem Gebiete der Nächstenliebe während des Krieges gestiftet. Sie besteht aus Bronze und trägt die Bildnisse des Fürstenpaares mit der Umschrift „Friedrich Bathildis F. u. F. z. W. u. P.“, auf der Rückseite die Aufschrift „Für treues Wirken in eisener Zeit“ sowie die Jahreszahl 1915. Die Medaille soll ohne Ansehen des Ranges und Standes verliehen werden an Männer, Frauen und Jungfrauen, die sich auf dem Gebiete der Kriegsfürsorge besonders ausgezeichnet haben; sie verbleibt nach dem Tode der Beliehenen den Hinterbliebenen.

Ehrentafel. Nach erst neuerdings eingegangenen Mitteilungen haben außerdem schon früher das **Eiserne Kreuz II. Klasse** folgende Medizinalbeamten und Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins erhalten:

Med.-Rat Dr. Behrendt, Kreisarzt in Tilsit.
Kreisarzt Dr. Boege in Ueckermünde (Pommern).
Kreisarzt Dr. Fehrs in Czarnickau (Posen).
Kreisarzt Dr. Franz in Loetzen (Ostpreußen).
Dr. Hoppe, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt in Uchtspringe.
Kreisarzt Dr. Kramer in Wilhelmshaven.
Kreisarzt Dr. v. Leliva in Guhrau (Schlesien).
Nervenarzt Dr. Lüdicke in Stettin.
Med.-Rat Dr. v. Petrikowsky, Kreisarzt in Ortelsburg.
Kreisarzt Dr. Poddey in Lauenburg (Pommern).
Kreisarzt Dr. v. Reklinghausen in Tecklenburg.
Kreisassistenzarzt Dr. Richter in Waldenburg (Schlesien).
Dr. Schelowsky, prakt. Arzt in Sterkrade (Rheinland).
Physikus Dr. Schulze in Holzminden (Braunschweig).
Kreisarzt Dr. Vial in Gardelegen.
Kreisarzt Dr Wollermann in Lyck (Ostpreußen).
Med.-Rat Dr. Wolters, Kreisarzt in Koesfeld (Westfalen).

Weiterhin hat erhalten: Den Königlich Bayerischen Militärverdienstorden II. Klasse mit Schwertern: der Generalarzt à la suite des Sanitätskorps Ministerialrat Prof. Dr. Dieudonné-München.

Es haben ferner erhalten das **Eiserne Kreuz I. Klasse:**

Hauptmann Ernst Pfeiffer, Adjutant des Generalkommandos des 18. Reserve-Armeekorps, zweiter Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Pfeiffer in Wiesbaden.

Das Eiserne Kreu **lasse:**
Kriegsfreiwillige Solbrig, Referendar, ältester Sohn des Geh. Med.-Rats D rig, Reg.- u. Med.-Rat in Königsberg i. Pr.

Ehren-Gedäc **fel. Für das Vaterland gefallen** sind ferner:
Assistenzarzt d. l r. Siegmund Bärensprung-Torgau (gestorben infolge von Kr it).
Oberstabsarzt Dr. Froenhoefer (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. L. Dr. Wilhelm Gosmann-Delligsen (Braunschweig).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Addy Hein-Darmstadt.
Assistenzarzt d. Res. Dr. W. Herzfeld-Jeßnitz (Anhalt).
Feldunterarzt A. Katthagen.
Marinestabsarzt Dr. O. Wienhaus.

Cholera. Im Deutschen Reich sind Choleraerkrankungen nicht mehr vorgekommen; in Oesterreich ist ihre Zahl auch sehr gesunken und hat vom 21.—27. November nur noch 6 (mit 1 Todesfall) betragen. In Ungarn sind vom 22.—28. November 4 (4), in Kroatien und Slavonien vom 22. bis 29. November 17 (14) festgestellt.

Fleckfieber-Erkrankungen sind im Deutschen Reich in der Woche vom 12.—18. Dezember 2 (1) gemeldet, ein tödlich verlaufender Fall in Dortmund und 1 unter den Kriegsgefangenen eines Gefangenenlagers in Sachsen-Coburg-Gotha.

Die Zahl der Erkrankungen an **Pocken** hat im Deutschen Reich in den Wochen vom 12.—25. Dezember 6 und 8 betragen (davon 8 in der Provinzial-Irrenanstalt in Lublinitz i. Schl.).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 28. November bis 11. Dezember 1915 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera: — (—), — (—); Tollwut: — (—), 1 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 5 (—); Milzbrand: — (—), 3 (1); Rotz: — (1), 1 (1); Aussatz: — (1), — (—); Pocken: — (—), 24 (—); Unterleibstyphus: 385 (29), 221 (23); Ruhr: 71 (5), 30 (4); Diphtherie: 3722 (310), 3696 (309); Scharlach: 2761 (162), 2881 (147); Kindbettfieber: 78 (26), 67 (17); Genickstarre: 5 (1), — (—); spinaler Kinderlähmung: 3 (1), — (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 1 (1), 9 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 31, 38; Tuberkulose (gestorben): 675, 644.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in Sch.: Sind die amtsärztlichen Gutachten für die neuen Kriegsinvaliden behufs Anstellung im Post- usw. Dienst stempelpflichtig oder nicht?

Antwort: Die Gutachten sind stempelpflichtig, die Stempelfreiheit nach § 4 Abs. 1c des Stempelgesetzes vom 31. Juli 1915 besteht nur für die auf die Heeresergänzung und Befreiung vom Heeresdienst sowie auf Befreiung von Reserve- und Landwehrübungen bezüglichen amtlichen Urkunden (Gutachten).

Sammlung zur Jubiläumsstiftung.

An außerordentlichen Beiträgen zur Jubiläumsstiftung sind seit dem 20. Dezember 1915 noch eingegangen:

Kreisarzt Dr. **Doepner** in Bitterfeld und Kreisarzt Dr. **Kiesow** in Kalau je 20 Mark; zusammen **40 Mark,** wodurch sich die Gesamtsumme auf **3686 Mark** erhöht.

Herzlichen Dank den Gebern!

Der Vorstand.
I. A.: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 2. Ausgegeben am 20. Januar 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 2.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Borchard in Berlin-Lichterfelde, bisher in Posen; — die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse: dem Geheimen Med.-Rat Dr. Nünninghoff, Kreisarzt in Bielefeld.

Ernannt: Die ordentlichen Professoren Hofrat Dr. von Noorden-Wien und Dr. Quincke-Kiel zu ordentlichen Professoren in der medizinischen Fakultät zu Frankfurt a. Main.

Das **Befähigungszeugnis für die Anstellung als Kreisarzt** haben im Jahre **1915** erhalten: 1. Dr. Rich. Bräuler in Stralsund, 2. Dr. Franz Ebner in Kiel, 3. Dr. Otto Hallenberger in Kiel, 4. Dr. Herm. von Hövell in Saarbrücken, 5. Dr. Martin Neuhaus in Berlin-Halensee, Dr. Hans Rosenbach in Hildesheim, 7. Dr. Paul Scheibe in Ueckermünde, 8. Dr. O. Stamm in Sobotka und 9. Wilh. Zimdars in Baldenburg.

In den Ruhestand getreten: auf eigenen Antrag: Geh. Med.-Rat Dr. Vossius, Kreisarzt in [illegible].

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränkel in Hamburg, früher Direktor des Hygienischen Universitätsinstituts in Halle a. S., Geh. San.-Rat Dr. W[illegible], Kreisphysikus a. D. in Altona.

Großherzogtum Oldenburg.

Auszeichnung: Ernannt: Der Landesarzt Med.-Rat Dr. Schläger-Oldenburg zum Obermedizinalrat, die Amtsärzte Dr. [illegible] und Dr. [illegible], Amtsarzt in Vechta zum Medizinalrat und der Dr. med. [illegible] in [illegible] zum Sanitätsrat.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Löscher, Physikus in [illegible], Reuß j. L.

---

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 2.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Jan.

Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen (Direktor: Prof. Dr. Hayo Bruns).

Ein Beitrag zur bakteriologischen Choleradiagnose.

Von Dr. L. Quadflieg, Abteilungsvorsteher.

Die gegenseitige Mit- und Paragglutination in der Typhus-Coli-Gruppe ist eine bekannte und allseitig anerkannte Tatsache, die ihre Erklärung in der weitgehenden Uebereinstimmung des Rezeptorenapparates der Bakterien dieser Gruppe findet. Anders verhält es sich innerhalb der Gruppe der Vibrionen, deren agglutinatorisches Verhalten als in so hohem Grade spezifisch gilt, daß z. B. eine in höheren Verdünnungen eines Choleraserums eintretende Agglutination zur Diagnose „Cholerabazillen" berechtigt. Daß jedoch auch andere Bakterien durch Choleraserum sehr hoch agglutiniert werden können, mag folgender Fall, der gelegentlich einer Stuhluntersuchung auf Cholerabazillen zur Beobachtung gelangte, dartun.

Wenn ich mir auch bewußt bin, daß die wissenschaftliche Durcharbeitung des gezüchteten Stammes auf Vollständigkeit

keinen Anspruch erheben kann, so möchte ich das bisherige Ergebnis doch nicht vorenthalten, um so weniger, als es vielleicht gerade in den jetzigen Zeiten einen Fingerzeig für die bakteriologische Choleradiagnose zu geben und vor etwaigen Irrtümern zu schützen vermag.

Da für die Bewertung eines Untersuchungsergebnisses auch der klinische Verlauf der Krankheit nicht ohne Bedeutung ist, sei er hier vorausgeschickt:

Es handelt sich um einen 29 Jahre alten Unteroffizier, C. H., der einem Gefangenen-Bewachungskommando auf einer Zeche des Ruhrkohlenbezirks angehörte und nicht an der Front war. Er ist nie ernstlich krank gewesen; einige Wochen vor der hier zu schildernden Erkrankung litt er an Angina. Am Tage vor Beginn der Erkrankung hatte er ziemlich viel Obst gegessen und darauf kaltes Bier getrunken, wodurch er sich seiner Meinung nach den Magen verdorben hatte. Tags nachher, am 11. September 1915, begann er morgens um 4,30 Uhr noch in völligem Wohlbefinden seinen Dienst. Gegen 8 Uhr stellten sich plötzlich heftige Leibschmerzen, Erbrechen, Durchfälle und starkes Durstgefühl ein. Auf Oel und Opium erfolgte keine Besserung. Die Stühle wurden immer dünner, schließlich wässerig und Schleimfetzen enthaltend; auch das Erbrechen nahm zu. Die Stimme wurde heiser; Wadenkrämpfe stellten sich ein.

Bei der Krankenhausaufnahme wurde folgender Befund aufgenommen: Ziemlich großer Mann mit blaßgrauer Gesichtsfarbe, tiefliegenden Augen und trockener Haut; abgehobene Hautfalten bleiben stehen. Der Leib ist kahnförmig eingezogen, die Stimme heiser. Druck auf den Leib in der Gegend des Magens und Colon transversums in geringem Grade schmerzhaft; die Beine sind stark druckempfindlich, besonders die Waden. Die mittelweiten Pupillen reagieren etwas träge. Die Zunge ist trocken und wenig belegt; Lungen ohne Befund; die Herztöne sind leise, rein; die Aktion ist regelmäßig, der Puls klein und weich, setzt zeitweise aus. Milz und Leber sind nicht vergrößert.

Behandlung: Subk. Kampfereinspritzung, Kochsalzinfusion mit Adrenalinzusatz, Rotwein, Limonade, Kognak, Wärmeflaschen und Thermophor.

Am 12. September findet sich verzeichnet: Patient hat leidlich gut geschlafen, Aussehen besser, keine Leibschmerzen, kein Erbrechen, kein Stuhlgang.

Um Material für die bakteriologische Untersuchung zu gewinnen, wurde eine Glyzerin-Spritze gegeben. Der hierauf reichlich entleerte Stuhl war von grünlicher Farbe, sehr schleimig, zähe und mit Epithel- und Schleimfetzen durchsetzt.

Am 13. September war erhebliche Besserung eingetreten, der Pulsschlag war gut, die Stimme wieder normal, Hunger gering, Schleimdiät. Am 14. September fühlt sich der Patient

wohl, Stuhlgang erfolgte nicht. Die Krankheit ging in Genesung aus.

Die Krankheitssymptome ließen jedenfalls den Verdacht auf Cholera gerechtfertigt erscheinen. Anderseits war auch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß der am Tage vor dem Krankheitsbeginn erfolgte Obst- und Biergenuß in ursächlichem Zusammenhang zu der Erkrankung stehen konnte. Die bakteriologische Untersuchung konnte in diesem Falle die entscheidende Diagnose bringen. Rechtzeitig waren natürlich von den Sanitätsbehörden alle Vorsichtsmaßregeln getroffen, um weiteren Infektionen vorzubeugen.

Der auf Glyzerinverabreichung gewonnene Stuhl ging uns zur Untersuchung zu. Die Verarbeitung erfolgte nach den in der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera erlassenen Bestimmungen: Aussaat auf Agar- und Gelatineplatten, Verimpfung in Peptonlösung, sowohl 1 Oese in Reagensröhrchen, mit weiteren Verdünnungen, als einer größeren Menge (1 ccm) Stuhl in Kölbchen mit 50 ccm Peptonlösung. Gleichzeitig erfolgte, einer Gepflogenheit im hiesigen Institut entsprechend, Aussaat auf eine Typhus-Serie, bestehend aus 3 Drigalski-, 3 Endo- sowie 2 Malachitgrünplatten zur Anreicherung nach Lentz-Tietz. Wir verfolgen dabei den Zweck, etwa vorhandene Bakterien der Paratyphus-Enteritidisgruppe bald und bequem nachzuweisen. Es sei gleich hier bemerkt, daß sowohl die Originalplatten, als auch die Malachitgrünabschwemmungen nur Kolonien von dem typischen Aussehen und Wachstum des Bacterium coli lieferten.

Die Original-Agarplatten waren ziemlich dicht bewachsen und zeigten keine choleraverdächtigen Kolonien. Peptonröhrchen und -Kölbchen waren getrübt, ein eigentliches Häutchen hatte sich nicht gebildet, nur an den Glaswänden hatten sich einige schleierartigen Trübungen angesetzt. Die von der Oberfläche der Peptonanreicherung angelegten Agarplatten boten Kolonien von verschiedenem Aussehen: dickere, schleimigere und in der Minderzahl zartere, durchscheinende und irisierende. Die mit den letzteren in Choleraserum angestellte Probeagglutination ergab in der Verdünnung 1/10 sofortige starke, in der Verdünnung 1/100 zwar langsamere und feinere, aber ohne Lupe deutlich sichtbare Häufchenbildung, ebenso wie der zur Kontrolle benutzte echte Cholerastamm. Die gleichzeitig in physiologischer Kochsalzlösung vorgenommene Verreibung der fraglichen Kolonien zeigte keinerlei Klumpung. Damit war eine Täuschung durch Spontanagglutination ausgeschlossen und die Annahme, daß es sich um Cholerabazillen handeln könne, zunächst sehr wahrscheinlich. Von den agglutinierenden Kolonien wurden demnach Reinkulturen auf Schrägagar angelegt. Es sei hier angeführt, daß wiederholte Abimpfungen aus den Peptonkulturen auch immer wieder die gleichen, oben erwähnten Kolonien lieferten.

Im gefärbten Präparat stellten sich die verdächtigen

Bakterien aber nicht als Vibrionen, sondern als Kurzstäbchen dar, die sich der Gramfärbung gegenüber negativ verhielten. Die Beweglichkeit im hängenden Tropfen (Peptonlösung) war nur gering und bot keineswegs das Bild des „Mückenschwarmes“, wie es in deutlichster Form bei dem einige Wochen vorher aus den Fäces eines erkrankten Soldaten gezüchteten Cholerastamm zur Beobachtung gelangte. Auffallend war ferner, daß auf den Gelatineplatten bislang (am 3. Tage) noch keine verflüssigenden Kolonien zu sehen waren. Die aufgezählten Befunde berechtigten somit zu Zweifeln an der Choleranatur der isolierten Bakterien, trotz der positiven Probeagglutination. In diesem Sinne wurde denn auch dem zuständigen Reservelazarett die vorläufige Mitteilung durch Fernsprecher erstattet. Zur weiteren Klärung wurde von den Kolonien in Rothbergerschen Neutralrotagar (Schüttelkultur), Traubenzuckerbouillon (in V förmigen Röhrchen), Lakmusmolke, Gelatine (Stichkultur) und Peptonröhrchen abgeimpft. Das Ergebnis war, daß am nächsten Tage der Neutralrotagar starke Gasbildung (Sprengung) und Fluoreszenz zeigte; in den V förmigen Traubenzuckerbouillonröhrchen fand sich in dem geschlossenen Schenkel eine große Gaskuppe. Die Lakmusmolke war stark gerötet und getrübt, die Gelatine-Stichkultur zeigte auch nach 8 Tagen noch keine Spur von Verflüssigung im Gegensatz zu den Kontrollen, die mit den echten Cholerastämmen Ba und Kier beimpft waren, und die schon am 2. Tag beginnende und dann von Tag zu Tag weiter fortschreitende Verflüssigung erkennen ließen. Die nach 24 Stunden vorgenommene Prüfung auf Indol ergab nur schwache Rosafärbung; auch in 8 Tage alten Peptonkulturen war sie nicht wesentlich stärker geworden. Jedenfalls kam es nicht zur ausgesprochenen „Cholerarotreaktion“.

Diese Ergebnisse werden noch kurz zur Begründung der Diagnose zu würdigen sein: Betrachten wir nun zunächst die mit der Schrägagarreinkultur des fraglichen Stammes (955) und mit den beiden Cholerakulturen (Ba und Kier) erzielten Agglutinationsergebnisse, die in den folgenden Tabellen niedergelegt sind. Die Agglutinationsprüfung wurde so vorgenommen, daß in 1 ccm der angegebenen Serumverdünnung eine Oese 18stündiger Agarkultur verrieben wurde. Die Ablesung erfolgte nach 1 bezw. (zur Kontrolle) nach 4 Stunden Brutschrankaufenthalt bei 37° mit unbewaffnetem Auge und Lupe.

Die Agglutination des Stammes 955 (s. Tafel I) für sich allein betrachtet, würde zur Diagnose Cholerabazillen vielleicht verleitet haben, obgleich sie allerdings nach der 1. Stunde noch nicht so ausgesprochen war, wie bei den beiden Cholerastämmen. Aber schon der Befund nach 4 Stunden zeigte einen kaum nennenswerten Unterschied gegenüber dem Stamme Kier, nur war die Agglutination in den Verdünnungen 1 : 1000 und 1 : 2000 nicht ganz so deutlich; immerhin dürften so geringe Unterschiede auch echte Cholerastämme untereinander aufweisen. Noch geringer war der nach 24 Stunden festgestellte Unter-

Tafel I.

Cholera-Serum: Verdünnung	fragl. Stamm 955	Cholerastamm Ba.	Cholerastamm Kier.
1 : 100	++ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 200	+ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 500	+ (+++)	++ (+++)	+++ (+++)
1 : 1000	± (+)	+ (+++)	++ (+++)
1 : 2000	— (±)	+ (+++)	+ (+++)
1 : 5000	— (—)	— (++)	— (—)
1 : 10000	— (—)	— (—)	— (—)
Na Cl.	— (—)	— (—)	— (—)

Zeichenerklärung für die Tabellen:
+++ = totale Ausflockung, überstehende Flüssigkeit klar;
++ = teilweise Ausflockung, daneben ohne Lupe deutlich erkennbare Häufchenbildung;
+ = mit schwacher Lupe deutlich sichtbare Häufchenbildung;
± = mit schwacher Lupe noch eben erkennbare Häufchenbildung;
— = keine Agglutination;
( ) = Ergebnisse nach 4 Stunden abgelesen.

schied in der Stärke der Agglutination; doch ist dieser Befund, da für die Diagnose belanglos, nicht angeführt. Bei Bewertung des Agglutinationsergebnisses darf nicht vergessen werden, daß dieses bestimmungsgemäß nach 1 Stunde festzustellen ist, und daß in allen ersten und zweifelhaften Fällen der Pfeiffersche Versuch berufen ist, die definitive Entscheidung zu bringen. Hiervon wurde unter Berücksichtigung der oben genannten Ergebnisse: Gramnegative Kurzstäbchen, geringe Beweglichkeit, Verhalten in Neutralrotagar, Traubenzuckerbouillon, Lakmusmolke und Gelatine abgesehen. Eine noch auf seine Zugehörigkeit zu der Gruppe der Paratyphus-Enteritidis Gärtner-Bazillen wiederholt durchgeführte Agglutinationsprüfung des Stammes führte ebenfalls zu einem negativen Ergebnis. Das war ja auch von vornherein wohl zu erwarten, nach dem sich eine verdächtig gewachsene Kolonie weder auf den Original-Drigalski- und Endoplatten, noch auch auf der Serie fand, die mit den in Choleraserum agglutinierenden Bakterien beimpft worden war.

Vergegenwärtigen wir uns die gesamten Befunde, so kann es sich trotz der Beeinflussung durch Choleraserum nur um ein Bacterium coli handeln. Diese Diagnose wurde auch den zuständigen Behörden mit der ausführlichen Begründung zugestellt.

Eines war bisher noch außer acht gelassen: das Verhalten des Stammes in dem normalen Serum der Tierart, von der das Testserum stammte. Gelegentlich dieser Prüfung mit normalem Pferdeserum gelangte auch noch einmal die Titration mit 2 Choleraseren verschiedener Herkunft zur Ausführung. Diese Ergebnisse sind in den folgenden Tafeln II, III, IV niedergelegt. Die Verarbeitung war die gleiche wie oben. Die Ablesung der Ergebnisse erfolgte nach 1 (bezw. 3) Stunden Brutschrankaufenthalt:

Tafel II.

Cholera-Serum Sächs. Ser.-Werk Verdünnung	fragl. Stamm 955	Cholerastamm Ba.	Cholerastamm Kier.
1 : 100	++ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 200	++ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 500	++ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 1000	++ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 2000	+ (++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 5000	— (+)	+++ (+++)	++ (+++)
1 : 10000	— (±)	++ (++)	+ (+++)
1 : 15000	— (—)	— (+)	— (—)
1 : 20000	— (—)	— (—)	— (—)
Na Cl.	— (—)	— (—)	— (—)

Tafel III.

Cholera-Serum Berlin Verdünnung	fragl. Stamm 955	Cholerastamm Ba.	Cholerastamm Kier.
1 : 100	++ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 200	++ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 500	+ (+++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 1000	— (++)	+++ (+++)	+++ (+++)
1 : 2000	— (±)	+++ (+++)	++ (+++)
1 : 5000	— (—)	++ (+++)	++ (+++)
1 : 10000	— (—)	++ (++)	++ (++)
Na Cl.	— (—)	— (—)	— (—)

Tafel IV.

Normales Pferde-Serum Verdünnung	fragl. Stamm 955	Cholerastamm Ba.	Cholerastamm Kier.
1 : 100	+ (+++)	+++ (+++)	— (—)
1 : 500	— (+)	— (++)	— (—)
1 : 1000	— (±)	— (+)	— (—)

Die vorstehenden Prüfungen ergaben zunächst eine bedeutend schwächere Beeinflussung des fragl. Stammes 955 durch das Choleraserum Berlin, wenigstens wenn man die Ergebnisse nach 1 Stunde betrachtet. Die Stämme Ba. und Kier. sind in dieser kurzen Zeit bis zum Endtiter agglutiniert; der Stamm 955 zeigte nur Häufchenbildung in der Verdünnung 1 : 500, während er in der gleichen Zeit durch das Serum S. S. W. in der Verdünnung 1 : 2000 noch deutlich agglutiniert wurde; allerdings war der Unterschied nach 3 Stunden bei dem Berliner Serum auch schon erheblich geringer geworden. Immerhin scheint es, als ob dem Serum Berlin eine größere Spezifizität zukomme.

Weiter zeigt Tafel IV auch eine hohe Beeinflussung unseres Stammes und des Cholerastammes Ba. durch normales Pferdeserum. Bei dem letzteren erscheint es nicht ausgeschlossen, daß das Alter des Stammes eine Rolle spielt,

während dies für den Stamm 955 nicht in Frage kommen kann. Es handelt sich wohl vielmehr um einen jener durch heterologe (Immun)-Sera leicht beeinflußten Colistämme, wie sie schon öfter beobachtet worden sind. Daß es sich nicht um Spontanagglutination handelt, beweist die Kochsalzkontrolle, die nicht eine Spur von Häufchenbildung erkennen ließ.

Des Interesses halber wurde noch ein Absättigungsversuch nach Castellani angesetzt mit folgendem Ergebnis:

Tafel V.

Cholera-Serum Tit. 1 : 10000, mit Stamm 955 abgesättigt: Agglutination mit Stamm Kier angestellt; Ablesung nach 1 Stunde.

Verdünnung	Cholerastamm Kier	fragl. Stamm 955
1 : 100	+++	—
1 : 200	+++	—
1 : 500	+++	—
1 : 1000	++	—
1 : 2000	++	—
1 : 5000	+	—
1 : 10000	—	—

Tafel VI.

Cholera-Serum Tit. 1 : 10000, mit Cholerastamm Kier abgesättigt. Agglutination mit Stamm 955 angestellt; Ablesung nach 1 Stunde.

Verdünnung	fragl. Stamm 955	Cholerastamm Kier.
1 : 100	—	++
1 : 200	—	±
1 : 500	—	—
1 : 1000	—	—

Die vorstehenden Ergebnisse rechtfertigen den Schluß, daß trotz ihrer Höhe die Agglutination des Stammes 955 in Choleraserum als Mit- bezw. Paragglutination zu bezeichnen ist. Wohl vermochten die Cholerabazillen sämtliche homologen und heterologen (Coli) Agglutinine zu absorbieren; dagegen konnte der Stamm 955 die Choleraagglutinine kaum nennenswert erschöpfen.

Es kann nicht Absicht sein, auf die hier sich ergebenden interessanten wissenschaftlichen Fragen der Coliagglutination weiter einzugehen, dazu könnten die ausgeführten Untersuchungen nicht genügen. Auch mag dahingestellt bleiben, ob der isolierte Colistamm in ursächlichem Zusammenhang zur Erkrankung steht, wenn man schon zugeben muß, daß Coli-Enteritiden vorkommen. Wie bereits eingangs erwähnt, soll diese kurze Darlegung nur der praktischen Diagnostik dienen. Und wenn diese Zeilen dazu beitragen können, zur Vorsicht in der Bewertung der „Cholera-Agglutination“ zu mahnen und etwaige Irrtümer in der Diagnose, wie sie ohne Würdigung des gesamten bakteriologischen Befundes fraglicher Stämme vorkommen könnten, zu vermeiden, dann ist ihr Zweck erfüllt.

Der Hamburger Tropfkörper mit Deckschicht.

Von Kreisarzt Dr. **Guttmann**-Stade.

Die einwandfreie Beseitigung kleinerer Abwassermengen z. B. aus Einzelhäusern oder kleineren Anstalten wie Gefängnissen, Krankenhäusern, Molkereien auf dem Lande oder in kleinen Städten ohne Kanalisation bereitet trotz der hohen Entwicklung der Abwasserreinigungsverfahren noch heute gewisse Schwierigkeiten.

Von einer Reinigungsanlage kleinerer Abwassermengen ist zunächst in hygienischer Beziehung zu fordern, daß die Abflüsse der stinkenden Fäulnis nicht mehr zugänglich sind und daß sie zu einer grobsinnlich wahrnehmbaren Verschlechterung des Wassers im Vorfluter nicht Anlaß geben. Aus praktischen Gründen ist erforderlich, daß eine solche Anlage mit möglichst geringen Kosten herzustellen ist, daß ihre Wartung möglichst einfach sich gestaltet, so daß man sie tagelang sich überlassen kann, und daß sie keiner großen Höhenentwicklung bedarf, um sie in flachen Gegenden, womöglich auch in solchen mit hohem Grundwasserstand, wie z. B. in den Marsch- und Moorgegenden des Reg.-Bez. Stade, in Anwendung bringen zu können. Aesthetische Gründe machen es wünschenswert, daß man von solcher Anlage wenig sieht und riecht.

Das Füllverfahren kommt für diese Anlagen nicht in Betracht, weil es nur bei sorgfältiger Behandlung im Gange bleibt und bei Vernachlässigung sofort zur Fäulnis des biologischen Körpers und infolgedessen auch der Abflüsse führt. In einwandfreier Weise löst diese Aufgaben der Hamburger Tropfkörper mit Deckschicht nach Prof. Dr. Dunbar.

Das Abwasser wird auf diesen künstlichen biologischen Tropfkörper ohne irgendwelche kostspielige Beschickungs- und Verteilungsvorrichtungen, die stets eine sachverständige Ueberwachung und Pflege notwendig machen, geleitet. Die gleichmäßige Verteilung und tropfenförmige Auflösung des Abwassers wird in einfacher und wirksamer Weise durch die sogenannte Deckschicht herbeigeführt. In der richtigen Wahl und Anordnung der Deckschicht liegt der Erfolg des Verfahrens.

Der Hamburger Tropfkörper wird ganz aus Koks oder Schlacken aufgebaut. Aus der den eigentlichen biologischen Körper überlagernden Deckschicht tritt das Abwasser beständig tropfenförmig aus. Es füllt also niemals die Zwischenräume zwischen dem Trofkörpermaterial, sondern überzieht die ganze Oberfläche der Koks- oder Schlackenstücke in dünnster Schicht und tropft weiter auf die darunterliegenden groben Stücke. Die Schmutzstoffe des Abwassers werden bei seinem Versickern durch den Tropfkörper durch dessen Material bald mehr, bald weniger abgefiltert und die Oberfläche des Materials umkleidet sich mit einer aus Organismen bestehenden Schicht, dem sogenannten biologischen Rasen. Diese zurückgebliebenen ungelösten wie gelösten Schmutzstoffe erfahren nach dem Kontakt

mit dem Tropfkörpermaterial eine Oxydation, wenn genügende Luftzufuhr vorhanden ist. Um eine solche zu sichern, dürfen zum Aufbau der eigentlichen biologischen Tropfkörper nicht zu kleine Koks- oder Schlackenstücke verwendet werden; zweckmäßig wählt man solche von Faust- bis Kindskopfgröße. Je höher der biologische Körper ist, um so wirksamer und leistungsfähiger wird er sein. Für mittlere Anlagen genügt schon eine Höhe von 70 cm. Dunbar hat solche Körper mit weniger als 20 cm hohen groben Unterbau lange Zeit hindurch mit bestem Erfolg in Betrieb gehalten, woraus hervorgeht, daß dieses Verfahren auch anwendbar ist unter Verhältnissen, wo kaum 1 m Gefälle zur Verfügung steht.

Die Deckschicht muß aus feinstem Schlackenmaterial bestehen, aus dem alles Korn, was kleiner als 1 mm und größer als 3 mm ist, auf das sorgfältigste ausgesiebt ist. Zur Tropfenbildung und zur Verteilung auf einem mittelgroßen Tropfkörper genügt eine Höhe von 30 cm.

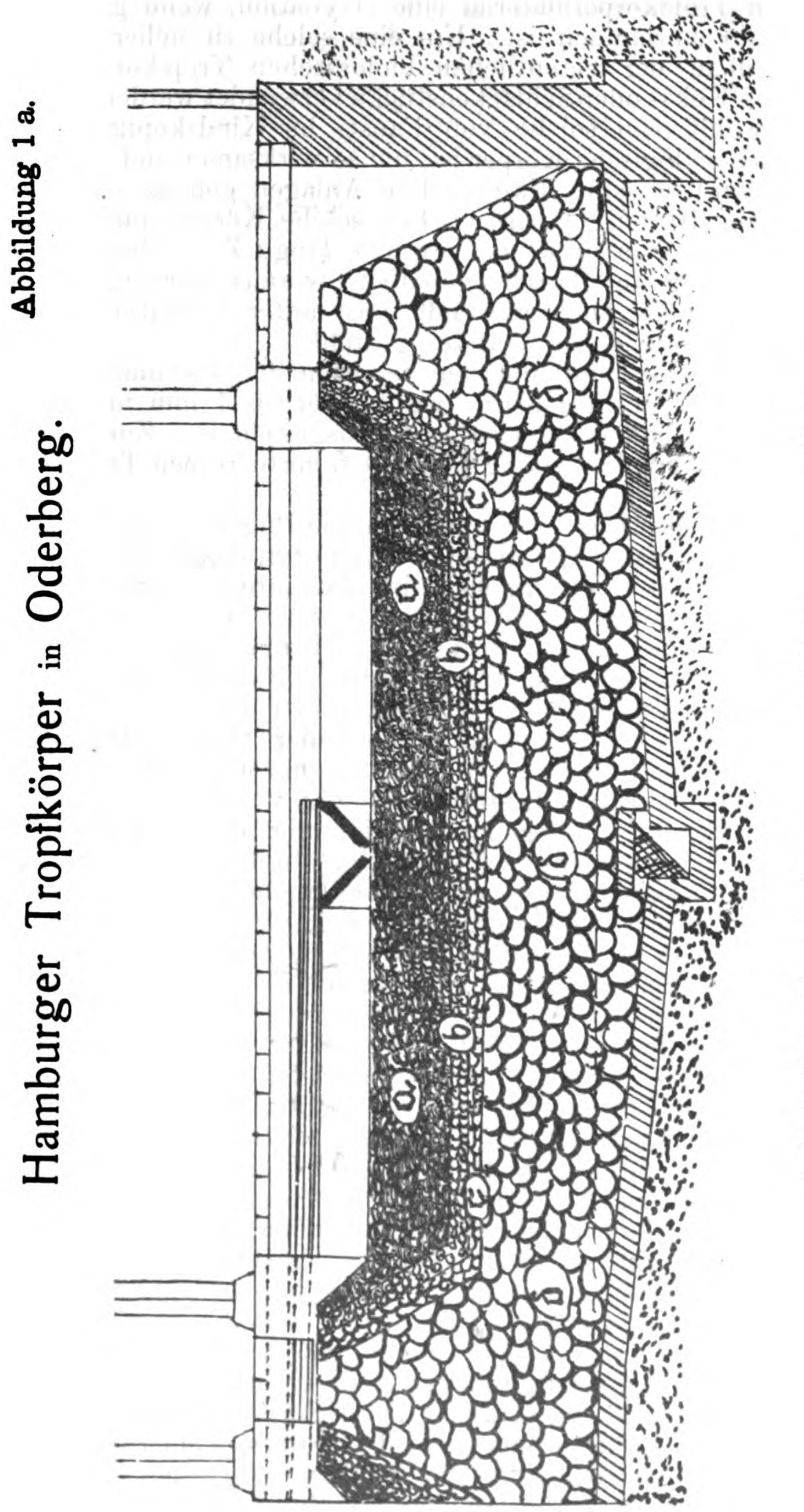
Damit die Deckschicht nicht in die Fugen des biologischen Körpers hineinfällt, bedarf es noch einer Stützschicht zwischen beiden, die unten so eingebaut ist, daß ihre Korngröße größer ist als die Fugen des biologischen Körpers und oben so, daß ihre Körner zwischen sich keine größeren Fugen lassen, als wie die darüberliegende Deckschicht Korngröße hat. Bei den angegebenen Körnergrößen der Deckschicht und des biologischen Körpers kann die Stützschicht aus einer oberen etwa 10 cm starken Schicht von 3—10 mm Korngröße und aus einer unteren ebenfalls 10 cm starken Schicht von 10—30 mm Korngröße bestehen. Bei genauer Befolgung dieser Vorschriften weist die Deckschicht selbst nach jahrelanger und starker Benutzung kaum Zeichen von Verschlammung auf.

Von großer Bedeutung ist die dauernde Zuführung von frischer Luft zur Ergänzung des entzogenen Sauerstoffes und die dauernde Entlüftung des biologischen Körpers zur Abführung der sich bildenden Abgase. Der Tropfkörper umfaßt daher zweckmäßig oben seitlich die ganze Deckschicht bis über die Zuleitungsrinne hinauf (s. Abbildungen 1a u. 1b). Die Außenböschungen der pyramidischen Tropfkörper können bei kleineren Anlagen durch stark durchlöcherte Mauerwände ersetzt werden, selbst bei der geringen Höhe des biologischen Tropfkörpers von etwa 20 cm. Kleine Anlagen können daher schon bei einem sehr kleinen zur Verfügung stehenden Gefälle ausgeführt werden. Sie müssen aber stets vor Frost geschützt werden; müssen sie über Terrain angelegt werden, so sind sie gut zu überdachen.

Ein Absitzbecken mit feinem Sieb vor dem Tropfkörper ist nicht immer erforderlich, jedoch zweckmäßig, wenn die Abwässer Sand führen, da Sand die Deckschicht leicht verstopft. Durch dieses Absitzbecken sind die Abwässer möglichst frisch hindurchzuleiten, bevor sie in Fäulnis übergehen. Die Ablagerungen in dem Vorbecken sind von Zeit zu Zeit zu entfernen.

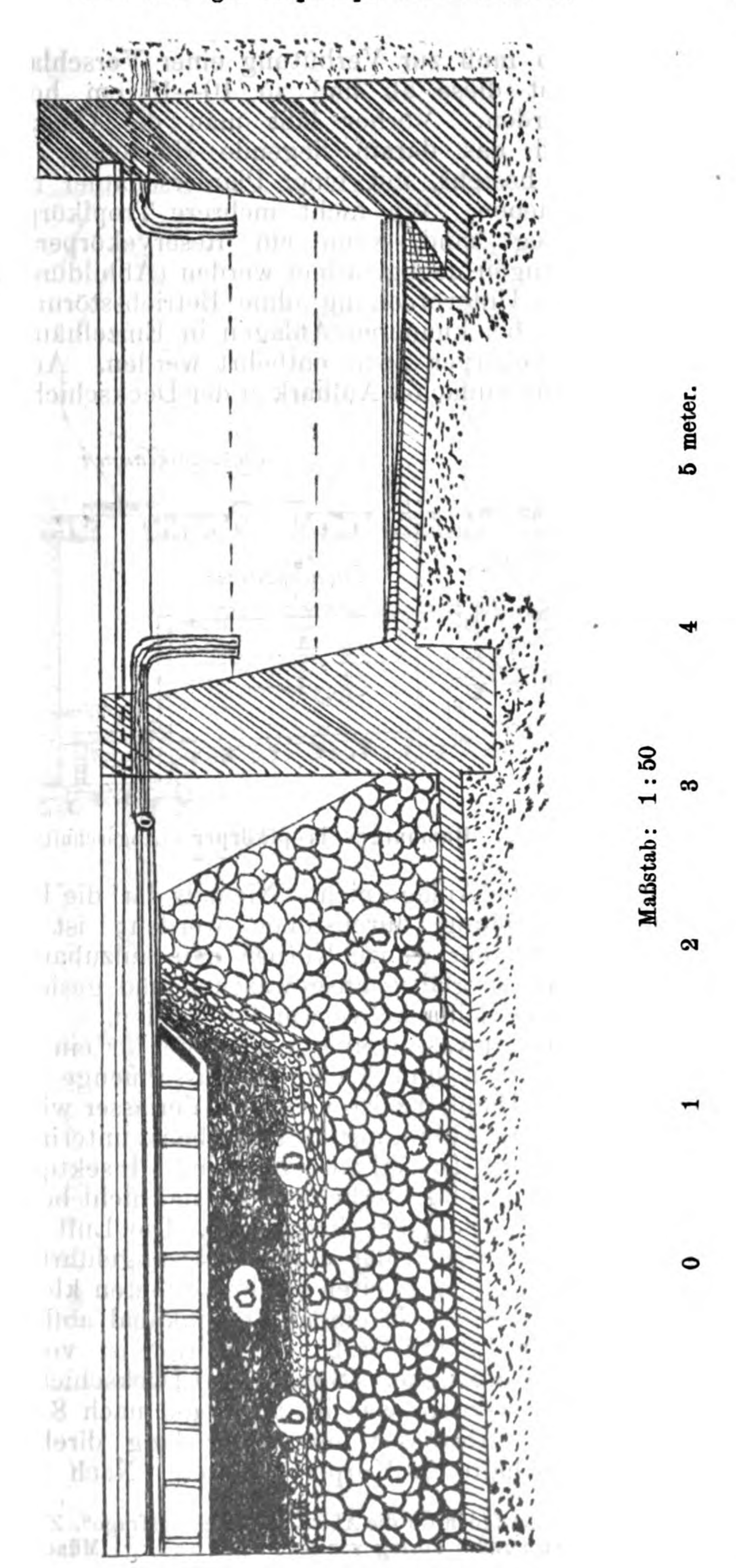
Abbildung 1 a.

Hamburger Tropfkörper in Oderberg.



a. Deckschicht, 30 cm stark.
b. Obere Stützschicht, 10 cm stark.
c. Untere „ , 10 cm „
d. Biologischer Körper, 70 cm stark.

Abbildung 1 b.



Im Betrieb muß zur Verhütung einer Verschlammung in der Deckschicht diese ab und zu 10—15 cm hoch durchgeschaufelt werden. Vorher läßt man die Oberfläche gut abtrocknen und das darauf liegende Häutchen, das meist aus Papierstoff besteht, mit einer Planierschaufel nicht tiefer als 0,5 cm abheben. Wo nicht mehrere Tropfkörper nebeneinander angelegt sind, kann ein Reservekörper von geringen Abmessungen nachgeordnet werden (Abbildung 2). Falls eine genügende Unterbrechung ohne Betriebsstörung möglich ist, wie vielfach bei kleineren Anlagen in Einzelhäusern, kann auch der Reservekörper noch entbehrt werden. Auch genügt dann meistens ein einfaches Aufharken der Deckschicht. Weitere

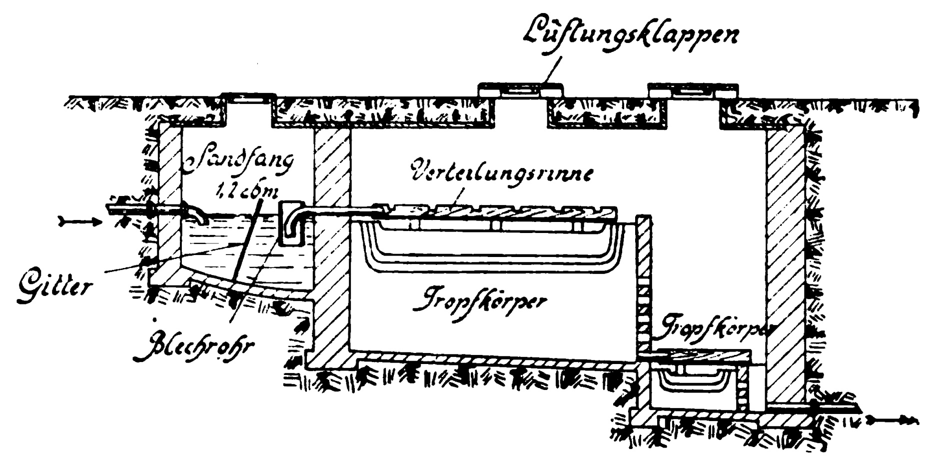


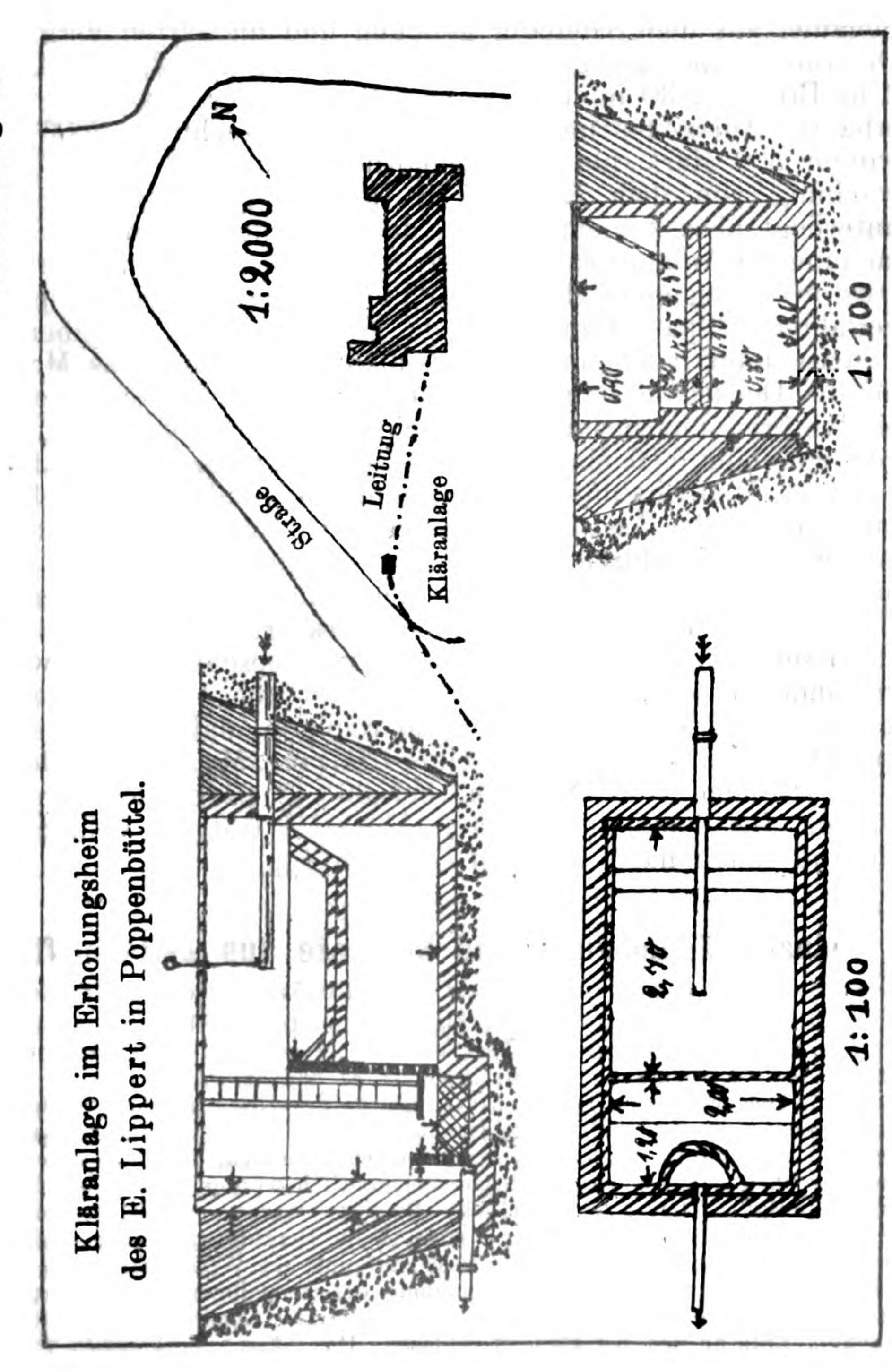
Abbildung 2. Hamburger Tropfkörper (Längsschnitt).[1])

Wartung bedarf die Anlage nicht. Niemals darf die Deckschicht bei einer Verstopfung durchstoßen werden; ist dies doch geschehen, so ist der ganze Körper neu aufzubauen. Dabei muß das Material sorgfältig ausgewaschen und gesiebt werden, oder es muß neue Schlacke verwendet werden.

Eine solche Abwasserreinigungsanlage für ein Erholungsheim mit 30 Insassen und 3 cbm Abwassermenge pro Tag in Poppenbüttel bei Hamburg ist von dem Verfasser wiederholt im Betrieb besichtigt (s. Abbildung 3). Dieselbe ist unterirdisch angelegt, so daß nur drei Deckel zu sehen sind. Insektenplage und übler Geruch wurde selbst im heißen Sommer nicht bemerkt. Der Tropfkörper ist aus Schlacke hergestellt. Die Luft wird durch die durchbrochene Wand der einen Seite zugeführt. Die Abflüsse werden auf einen zweiten nachgeordneten kleinen Tropfkörper geleitet, ehe sie in einen Straßenkanal abfließen. Ein Absitzbecken von 1,2 m^3 Größe mit Gitter ist vorgeschaltet, um den Sand abzufangen. Sobald die Deckschicht anfängt, undurchlässig zu werden, was in der Regel nach 8 Tagen eintritt, werden die Abwässer einen Tag lang direkt auf den kleinen nachgeschalteten Körper geleitet. Nach Abtrocknen

[1]) Aus dem „Leitfaden für die Abwasserreinigungsfrage". Zweite Auflage. Von Prof. Dr. H. Dunbar. Verlag von R. Oldenbourg, München u. Berlin.

Abbildung 3.



Kläranlage im Erholungsheim des E. Lippert in Poppenbüttel.

wird die Oberfläche geharkt. Den oft erheblichen Tagesschwankungen hat sich der Körper ausgezeichnet angepaßt; in 12jährigem Betriebe ist eine Störung nie aufgetreten. Die Sedimente des Vorbeckens werden ab und zu mit einer Schaufel aus dem Sandfang gehoben und im Garten vergraben. Die Innenmaße der gesamten Anlage betragen 3,90 m Länge, 2 m Breite, 2,30 m Tiefe. Die Kosten der im Jahre 1903 erbauten Anlage betrugen laut vorliegender Rechnung 2000 Mark, wovon 320 Mark für wissenschaftliche und technische Ueberwachung von dem Erbauer in Rechnung gesetzt sind. Es unterliegt aber keinem Zweifel, daß sich die Kosten bei Vereinfachung der Anlage erheblich verringern lassen. Das von Prof. Dr. Dunbar angegebene Hamburger Tropfkörperabwasserreinigungsverfahren ist patentamtlich nicht geschützt; die Abgaben von Patentgebühren kommen somit nicht in Frage. Das Material für die Deckschicht in Korngröße von 1—3 mm kann von der Müllverbrennungsanstalt Bullerdeich in Hamburg für den Preis von ungefähr 5,50 Mark pro cbm ab Platz bezogen werden.

Im Medizinaluntersuchungsamt in Stade habe ich zusammen mit der Assistentin des Instituts, Fräulein Dr. Sachse, längere Zeit hindurch Laboratoriumsversuche mit einem Hamburger Tropfkörper von 30 cm Höhe angestellt. Nachdem der Tropfkörper 1—2 Wochen mit stark riechenden Molkereiabwässern bis zur völligen Einarbeitung beschickt war, war er imstande in der verblüffend kurzen Zeit von 1—3 Minuten die faulen Abwässer so erheblich zu reinigen, daß 100 g der gereinigten Abwässer mit 0,6 g einer 0,05 proz. Methylenblaulösung versetzt nach 6—36 Stunden bei 46° C. noch nicht entfärbt waren. Bei dem ungereinigten Abwasser trat die völlige Entfärbung schon nach wenigen Stunden ein.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Die Gasphlegmone bei Kriegsverwundeten. Klinische Studie von Dr. Sackur-Breslau, zurzeit Oberstabsarzt bei einer Kriegslazarettabteilung im Westen. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 37 und 38.

Zu den häufigeren Infektionskrankheiten des Krieges gehört auch die in Friedenszeiten wenig beobachtete Gasphlegmone. Die Aetiologie ist bakteriologisch sichergestellt. Es handelt sich um einen anaeroben, den Fraenkelschen Bacillus phlegmones emphysemotosae, gelegentlich wurden auch andere Erreger angeschuldigt. Der Fraenkelsche Bacillus wurde von Simmonds in 18 Fällen von Gasphlegmone post mortem im Herzblut gefunden. Die Entstehung der Krankheit setzt eine Beschmutzung der Wunde mit Erde, worin die Bazillen leben, voraus. Die Zunahme der Gasphlegmonen zur Regenzeit ist wohl nur mit der dann größeren Beschmutzung und dem Festhaften der feuchten Erde an den Kleidern zu erklären. Das seltene Vorkommen von Gasphlegmone an Gesicht und Kopf hängt ebenfalls wohl mit der größeren Sauberkeit dieser Teile zusammen. Hauptsächlich schließt sie sich an größere, zerfetzte und gequetschte Wunden mit Taschen und Buchten an, wie sie durch Artilleriegeschosse verursacht werden. Das Zustandekommen wird weiter begünstigt durch schlechte arterielle Durchblutung infolge Thrombosierung von Gefäßen oder Kompression durch Haematome; ebenfalls schließt sich das Krankheitsbild an unzweckmäßig feste Tamponade, Esmarchsche Blutleere

und Unterbindungen an. Das Vorkommen sekundärer Infektionen (endemische Spitalinfektionen) ist noch nicht genügend sichergestellt. Die Symptome sind sehr charakteristisch: Oertlich: starker Wundschmerz, Oedem, Hautverfärbungen, Knistern der geschwollenen Umgebung der Wunde, die stets dunkel mißfarbig aussieht und oft neben üblem Geruch eine Vermischung des geringen, dünnen fleischwasserfarbenen oder trübgelben Sekrets mit Gasblasen zeigt; erheblichere Eiterbildung fehlt stets. Die Wunde ist mißfarben, oft graugrün, die Muskelteile sind schwarzrot bis dunkelbraungrün und brüchig wie Zunder. Je nach der Lokalisierung unterscheidet man eine „epi"- und „subfasziale" Form; bei der letzteren sind die obengenannten Krankheitszeichen nicht alle leicht nachzuweisen.

Die Allgemeinerscheinungen gleichen denen aller anderen schweren bakteriellen Infektionen.

Die Gasblasen, namentlich auch in der Tiefe der Gewebe lassen sich bequem im Röntgenbild nachweisen.

Differentialdiagnostisch kommen neben Luft-Aspiration und Fäulnisgasentwicklung das maligne Oedem und das Hautemphysem in Frage. Bei der Gasphlegmone kommt es nie zu einer bedeutenden eitrigen Einschmelzung des Gewebes, ferner ist stets eine haemorrhagische Infarzierung der befallenen Gewebe vorhanden. Bei therapeutisch unbeeinflußten Wunden tritt innerhalb 24 Stunden Gangrän ein, der am längsten die Haut widersteht. Die lokale Infektion geht sehr bald in eine allgemeine über; der Erreger muß sehr rasch in die Blutbahn eindringen, nicht aber in die Lymphwege; denn nie wird eine Erkrankung der regionären Lymphdrüsen festgestellt. Klinisch treten die ersten Anzeichen der Infektion meist in 12—24 Stunden nach der Verletzung auf, seltener nach längeren Zwischenräumen; einzelne Fälle sind allerdings noch nach 6 bis 8 Tagen beobachtet. An den Extremitäten bevorzugt die Infektion ganz besonders das Fortschreiten nach der peripheren Richtung; häufig ist der Verlauf durch Thrombosierung größerer Gefäßstämme kompliziert.

Die Prognose ist schlecht; wenn bis zur Behandlung mehrere Tage verstreichen, endet die Infektion mit ziemlicher Sicherheit tödlich. Bei frühzeitigem Eingriff geht die epifasziale Form in den meisten Fällen in Heilung aus; weniger gut ist die Prognose bei der tiefen Form, weil sie schwerer rechtzeitig erkannt wird, zumal dabei auch die Verletzungen weit ausgedehnter sind.

Die Therapie ist bedingt: 1. durch die Neigung der befallenen Gewebe zu raschem brandigen Zerfall, 2. durch die „anaeroben" Bakterien. Angezeigt ist eine sofort einsetzende aktive chirurgische Behandlung; konservative Therapie ist aussichtslos und gefährlich. Die Behandlung besteht in der Anlegung großer Entspannungsschnitte vom Gesunden ins Gesunde; die gangränösen Haut- und Gewebsteile werden abgetragen, Taschen und Buchten freigelegt. Dann folgt das Abtasten der Wunde nach Fremdkörpern mit dem Finger (Gummihandschuhe!), erforderlichenfalls Aufsuchen durch Röntgenphotographie, Aufbringen von Wasserstoffsuperoxyd, lockere Mulltamponade. Die Hauptsache ist Luft- und Sauerstoffzuführung, mehrmaliger Verbandwechsel am Tage; auch Einlegen von Ortizonstiften ist empfohlen, ebenso 10%iges Ichthyol-Glyzerin, Perubalsam, Jodtinktur, Bepudern mit Kalziumchlorat 10% vermischt mit Bolus alba. Biersche Stauung ist gefährlich. Die primäre Amputation ist angezeigt je nach dem Zustande der Verletzung oder wenn die Extremität peripher von der Wunde schon unbeweglich und kalt ist. Hohe Amputation oder Exartikulation ist noch zu versuchen, wenn das Oedem schon auf den Stamm übergegangen; in diesen Fällen sind die oedematösen Teile auch zu inzidieren, mit H_2O_2 zu bespritzen und locker zu tamponieren. Der Verschluß durch Naht ist kontraindiziert. Geht der Prozeß auf Inzision nicht zurück, so ist die sekundäre Amputation angezeigt. Ein französischer Autor, Weinberg, der den Bacillus perfringens Veillot für den Erreger hält, hat aus seinen Kulturen ein Antiserum hergestellt, mit dem er Heilerfolge erzielt haben will.

Um dieser Infektionskrankheit vorzubeugen, sind die Soldaten zu belehren und zur Sauberhaltung ihrer Kleider anzuhalten; immerhin können mit Erde beschmutzte Geschoßsplitter auch dann noch Infektionen vermitteln.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

„Zur Behandlung der langen Röhrenknochenbrüche insbesondere mit dem Frakturhebel“ und „Streckverbandapparate mit passiven und automatischen Gelenkbewegungen“. Von Dr. Otto Ansinn, Chirurg am Reservelazarett Kriegsschule zu Bromberg. Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie; Bd. 97, 5. und 9. Kriegschirurgisches Heft.

Dr. Ansinn, der an dem mit 500 Betten ausgerüsteten Reservelazarett Kriegsschule zu Bromberg seit 1. Oktober 1914 seine chirurgische Tätigkeit ausübt, weist uns in diesen Arbeiten einen neuen Weg, auf dem schwere Brüche der Oberschenkelknochen zur Heilung gebracht werden können ohne nennenswerte Verkürzung des Beines, und auf dem in erheblich kürzerer Zeit volle Bewegungsfähigkeit der Gelenke eintritt, ohne die schwere, doch oft recht schmerzhafte Behandlung im Zanderinstitut.

Das außerordentlich reiche Material des Bromberger Lazarettes bewog ihn bald dazu, bei schweren Verletzungen mit schwerster jauchiger Infektion die Höhlen möglichst frühzeitig auszuräumen, die Sequester subperiostal zu entfernen und die, wenn auch bereits nekrotisierenden Frakturenenden durch eine Situationsnaht miteinander zu fixieren. Die dadurch erreichten Erfolge ermutigten ihn bei größeren Knochenbrüchen Aluminiumstreifen, die er sich entsprechend dem Spezialfall zurechtschnitt und bohrte, zur Knochenfixation zu verwenden. Die außerordentliche Schwierigkeit, die Bruchenden in die richtige Lage zu bringen, um die üblen oft 15 cm betragenden Verkürzungen zu vermeiden, überwand er, da Menschenkraft hierzu nicht ausreichte, durch einen „Frakturhebel“ eigener Konstruktion. Wenn auch die ersten Exemplare sich als zu schwach erwiesen gegenüber den Verwachsungen und dem kolossalen Muskelzuge, so reichte doch das 3. Exemplar, das auf eine Belastung von 110 kg eingerichtet war, aus, alle Widerstände zu überwinden und die Knochen in die richtige Lage zu bringen, in der sie dann durch die Aluminiumstreifen fixiert wurden. Fälle, die mit 15 cm Verkürzung eingeliefert wurden, heilten mit einer Verkürzung von 0—3 cm. Hierdurch war zwar die Verkürzung auf ein Minimum beschränkt, doch blieben noch die schweren Gelenkversteifungen und Muskelatrophien, die der Bardenheuersche oder Zuppingersche Streckverband hinterließen, zu beseitigen, wozu monatelange Uebungen im Zanderinstitut notwendig waren. Der Gedanke, diese Uebungen in die Heilungsdauer selbst zu verlegen, führte Dr. Ansinn zur Konstruktion eines Apparates, der Ober- und Unterschenkel einzeln extendiert und zugleich eine Bewegung der sämtlichen Gelenke des Beines ermöglicht, ohne dem Patienten größere Schmerzen zu verursachen. Die Hand der Pflegerin oder auch die des Patienten kann jederzeit, ohne die Extension zu beeinträchtigen, diese Bewegungen vornehmen. Diese ingeniöse Erfindung fand ihre Krönung in der Herstellung desselben Apparates mit automatischen Bewegungen, die durch einen kleinen Elektromotor (2—3 Pfg. pro Stunde), oder noch einfacher durch einen Wasserdruckmotor, der sich an jede Wasserleitung anschließen läßt, hervorgerufen werden. Die auf diese Weise behandelten Patienten sind, sobald sie aus dem Apparat mit konsolidierten Knochen herausgenommen werden, sofort imstande, ihren Fuß selbsttätig auf einen Stuhl zu setzen, d. h. sehr umfangreiche Bewegungen im Hüft-, Knie- und Fußgelenk auszuführen und ohne Krücken oder Stock zu gehen, ein Resultat, das mit dem gewöhnlichen Streckverband ganz unerreichbar ist.

Den Abhandlungen sind die entsprechenden kurzgehaltenen Krankengeschichten und recht instruktive Abbildungen und Röntgenphotographien beigefügt.

Da Referent selbst Stationsarzt in dem Reserve-Lazarett Kriegsschule seit Beginn des Krieges ist, hat er oft Gelegenheit gehabt, die Apparate und ihre großartige Wirkung zu sehen. Es ist durch diese geniale Erfindung der Weg gewiesen — nach Dr. Ansinns Meinung dürfte es auch möglich sein, für den Arm einen ähnlichen Apparat zu erfinden — das Krüppeltum, das der Krieg nach sich zieht, ganz erheblich zu vermindern und recht vielen unserer tapferen Feldgrauen die frühere Arbeitsfähigkeit wieder zu geben. Es kann nur jedem Chirurgen und Orthopäden geraten werden, sich — wie schon recht viele es auch getan haben — von den Vorzügen der Apparate an Ort und Stelle zu überzeugen.

Dr. v. Mach-Bromberg.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Ruhr.

Beiträge zur Ruhrbehandlung. III Aus dem k. und k. Epidemiespital Nr. 2, Krakau-Lobzów (Kommand. Regimentsarzt Dr. S. Scharf). **Ueber die Ruhrepidemie 1914/15 auf Grund des Spitalmaterials.** Von Dr. Marian Gieszczykiewicz, k. k. Assistenzarzt i. d. Res., Vorstand des bakteriol. Laboratoriums. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 43.

Verfasser bespricht seine an 1400 ruhrkranken Soldaten bei einer Epidemie in Galizien gemachten Erfahrungen. Das Verhältnis der giftigen (Shiga-Kruse) zur giftarmen Gruppe (Flexner, Y) war 38 : 62. Neben sehr schweren kamen sehr leichte, abortive Formen vor. Das ist bedingt in erster Linie von der Art und Giftigkeit der Erreger. Die Mehrzahl der letalen Fälle (5,4%) war schon draußen 2—3 Wochen krank gewesen. Aus der Symptomatologie ist hervorzuheben, daß Singultus ein signum mali ominis ist. Die meisten der sehr leicht verlaufenden Formen entfielen auf die Wintermonate und waren durch den Bacillus Y bedingt. Es ist von großer Bedeutung, diese Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen wegen der notwendigen Isolierung. An Komplikationen wurden beobachtet: Bei 2 Kranken Lähmungen, 3mal Neuralgien, 3mal Psychosen (akute Verwirrtheit), 3mal Conjunktivitis, 1 Iridocyclitis, 5 Urethritis (ohne Gonokokken), 9 Oedeme, 3 Ascites, 8 Dekubitus, 3 Parotitis, 6 Pneumonien (4 †), 1 Prolapsus recti. 1 Rekonvaleszent infizierte sich mit Cholera und starb in 24 Stunden, dagegen verliefen Typhusinfektionen bei Ruhr-Rekonvaleszenten ziemlich leicht. Häufige Nachkrankheiten sind Tbc. pulm. et intest. Die Therapie bestand in Diät und bei 265 Patienten in Seruminjektionen. Das Serum wurde subkutan in Dosen von 20 ccm bei leichteren und von 30—60 ccm bei schwereren Fällen verabreicht; es war polyvalentes Serum von Prof. Dr. O. Bujwid. Die Injektionen hatten guten Erfolg, namentlich bei leichteren und mittelschweren Fällen. Es wurde 5mal Urticaria, 6mal Erythem an der Injektionsstelle, nie Anaphylaxie beobachtet. In der dritten Woche waren noch ca. 15% Dauerausscheider vorhanden; Ruhrrekonvaleszenten können noch monatelang periodisch Bazillen ausscheiden. Die Unterscheidung der giftigen (Shiga-Kruse) von den giftarmen Ruhrbazillen wurde in 4/5 der Fälle durchgeführt. Die Differentialdiagnose der giftarmen ist von geringer Bedeutung und sehr schwierig; es sind das die Bazillen des Typus Flexner, Y und Strong. Ihre Unterscheidung gelingt auf Lakmusnährböden, denen Mannit, Maltose und Saccharose zugesetzt sind. Den Shiga-Kruse-Bacillus kann man von der giftarmen Gruppe durch die Agglutination unterscheiden; dies empfiehlt sich auch wegen der schnelleren Entscheidung; dagegen gibt die Agglutination in der giftarmen Gruppe keine deutlichen Unterschiede. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

2. Weilsche Krankheit.

Experimentelle Untersuchungen über die sogenannte Weilsche Krankheit (ansteckende Gelbsucht). Aus dem Laboratorium des Beratenden Hygienikers der . . . Armee und dem Laboratorium des Hygienikers beim Korpsarzt . . . . R.-K. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Uhlenhuth, beratendem Hygieniker und Stabsarzt Dr. Fromme, Korpshygieniker. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 44 und 46.

Die Weilsche Krankheit, ansteckende Gelbsucht, konnte durch Blut und Urin von Kranken auf Meerschweinchen übertragen und in (bisher) 9 Passagen weitergeführt werden; es genügten 0,001 ccm Blut und 0,5—1,0 ccm Urin. Das Virus fand sich im Blut, in Urin, Galle (0,1) und Organaufschwemmungen der infizierten Tiere. Von Tier zu Tier übertrug sich die Krankheit nicht, entsprechend den Erfahrungen beim Menschen. Blut bei 55° eine Stunde oder Urin bei 70° 1/2 Stunde lang erhitzt, waren nicht mehr virulent; ebenso versagte die Impfung schon mit kürzere Zeit lang angetrocknetem Blut. Das Virus ist auch nicht filtrierbar. Chemische Mittel: Kresolseifenlösung, Karbolsäurelösung (1—4%), Aether töteten das Virus ab. Dagegen vermochten Antiformin (— 10%ig) und Sublimat (1%ig) defibriniertem virushaltigem Blut zugesetzt keine Abtötung bewirken. Kulturversuche auf künstlichen Nährböden hatten ein negatives Ergebnis. Dagegen beobachteten

die Verfasser im Blut, in den Organen geimpfter Meerschweinchen sehr zarte, schlanke Spirochaeten mit flachen Windungen, welche wahrscheinlich die Erreger sind. Sie färben sich nach Giemsa und im Schnitt nach Levaditi. Das Blut ist hauptsächlich in der ersten Woche infektiös; es empfiehlt sich daher, im Beginn der Erkrankung den Tierversuch zur Diagnose zu verwerten. Außer Meerschweinchen sind auch Kaninchen empfänglich, scheinbar nicht Affen, Hühner, Katzen, Hunde, Ferkel, Hammel und Mäuse, über Ratten sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. Die sicherste Infektionsart ist die intrakardiale, weniger die intraperitoneale und muskuläre, auch gehen sie durch die skarifizierte Haut. Die Menge soll 1—2 ccm betragen. Die Spirochaeten finden sich in Leber, Galle, Nieren, seltener im Blut und anderen Organen. Arsenikalien brachten keinen therapeutischen Erfolg. Da Rekonvaleszentenserum das Virus schon in kurzer Zeit abtötet, ist es zur Behandlung zu verwerten. Es handelt sich nun darum, von geeigneten größeren Tieren Immunsera für die Behandlung zu gewinnen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Beiträge zur Aetiologie der Weilschen Krankheit. Von Prof. Dr. Hübener und Priv.-Doz. Dr. Reiter, Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 1.

Die hauptsächlichsten Untersuchungsergebnisse der Autoren sind inzwischen durch Uhlenhuth und Fromme (s. vorstehendes Referat) bestätigt: Erzeugung eines typischen Krankheitsbildes beim Meerschweinchen, Möglichkeit der Uebertragung auf Kaninchen, Unempfänglichkeit der Mäuse und Ratten, Vermehrungsfähigkeit des Virus, Virusgehalt des Urins, keine spontane direkte Uebertragung von Tier zu Tier, Nichtinfektiosität der Rezidive, fast keine Beeinuflssung des Krankheitsverlaufes durch Salvarsan und Atoxyl, Vorhandensein von Immunkörpern in der Rekonvaleszenz und Möglichkeit einer passiven Immunisierung.

Die nach Giemsa gefärbten Präparate zeigten „Gebilde, die man am besten mit den feinsten Geißeln der Typanosomen vergleicht". Außerdem wurden noch massenhafte kleinste, schwach gefärbte Protoplasmakugelchen beobachtet, deren spezifische Bedeutung aber noch offen bleibt. Untersuchungen im hängenden Tropfen und im Dunkelfelde waren nicht befriedigend. Der augenfälligste Befund konnte bei Leberausstrichen von Meerschweinchen erhoben werden, die nach der Infektion möglichst lange gelebt hatten. Die Tiere zeigten den hochgradigsten Ikterus und bei der mikroskopischen Untersuchung in den Leberausstrichen die feinen Geißelformen, die man vielleicht als Spirochäten ansprechen kann, teils einzeln liegend, teils zu wirren Bündeln zusammengeballt. Jede Regelmäßigkeit in Größe und Windung wird vermißt, oft sind die „Spirochäten" langgestreckt wie gedehnt, oft nur an den Enden ein wenig umgeschlagen oder vollständig zu Oesen- und Schleifenformen, oder sie haben große, peitschenschlagähnliche Windungen; sie sind oft Blutkörperchen oder anderen Zellen angelagert, äußerst fein und bei Giemsafärbung rötlich. Häufig sieht man an der „Spirochäte" eine sich ebenfalls mit Giemsa rotfärbende Knötchenbildung und zwar häufiger bei weniger ikterischen Tieren. Im allgemeinen geht die Zahl der in der Leber gefundenen „Spirochäten" dem Grade des Ikterus parallel; sie sind bei mit hochvirulentem Virus geimpften Tieren, die rasch ad exitum gekommen waren, viel weniger zahlreich.

Auch in nach Levaditi gefärbten Leberschnittpräparaten läßt sich die „Spirochäte" deutlich erkennen, häufig in wirren Knäueln zusammenliegend. Sie erscheint natürlich wesentlich dicker als in Giemsapräparaten; die Knötchenbildung ist besonders schön zu sehen.

Ferner können die „Spirochäten" in anderen Organen, wie Lunge, Knochenmark und Milz nachgewiesen werden, allerdings nur ganz vereinzelt. Häufiger sind sie im Blute der infizierten Tiere anzutreffen und zwar einzeln oder in Bündeln und Knäueln zusammenliegend, mit oder ohne Knötchenbildung. Immer aber gilt, daß, je stärker der Ikterus ausgesprochen bezw. je langsamer die Infektion vorgeschritten ist, desto leichter die beschriebenen Mikroorganismen nachweisbar sind. Sie besitzen eine ganz besondere Vorliebe für das Lebergewebe, das vielleicht filterähnlich auf die Parasiten wirkt und den übrigen Organismus vor einer Ueberschwemmung mit dem

lebenden Virus schützt. Es ist nicht anzunehmen, daß die „Spirochäten" Gefäße verstopfen und hierdurch den Ikterus erzeugen; wahrscheinlich wird letzterer durch eine längere toxische Schädigung der Leberzellen hervorgerufen. Darüber besteht aber für die Autoren kein Zweifel, daß es sich bei dem von ihnen am 1. September 1915 entdeckten Mikroorganismus um den Erreger der Weilschen Krankheit handelt. Seine Klassifizierung muß noch geklärt und festgestellt werden, ob der äußerlich als Spirochäte erscheinende Mikroorganismus auch tatsächlich dieser Gruppe zuzusprechen ist. Vorläufig wird als Bezeichnung: Spirochaete nodosa (Hübener-Reiter) vorgeschlagen. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

3. Diphtherie.

Die Diphtheriebekämpfung und die Schulärzte. Von Sanitätsrat Dr. Strelitz, Schularzt in Charlottenburg. Medizinische Reform; 1915, Nr. 24.

Verfasser macht Bemerkungen zu dem Aufsatz von Wallenstein, der das gleiche Thema behandelt; er führt aus, daß in Charlottenburg schon längst entsprechende Einrichtungen getroffen seien, daß dort schon seit längerer Zeit Schulärzte, allerdings im Nebenamte, tätig seien und überhaupt in ausgedehnter Weise für die Hygiene des Kindes gesorgt würde.

Dr. Hoffmann-Berlin.

4. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Medizinische Reform; 1915, Nr. 25.

Professor Blaschko weist darauf hin, daß die durch den Krieg verursachte Massentrennung von Männern und Frauen notwendigerweise eine Zunahme des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und damit ein Ansteigen der Geschlechtskrankheiten gezeitigt hat. Ein solches ist nach den früheren Erfahrungen auch wieder mit dem Friedensschluß zu erwarten, deshalb muß besonders jetzt mit aller Energie der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu Leibe gegangen werden. Dahin zielen Schließung der Animierkneipen und Bordelle, Abkürzung der Polizeistunde, Schaffung von alkoholfreien Soldatenheimen, Ueberwachung der Straßenprostitution, der Winkelhotels usw. Unzählige Menschen lassen sich nicht ausheilen und verschleppen zum Teil unbewußt die Krankheit weiter. Es müssen Beratungsstellen da sein für derartige Kranke. Der Ueberwachung der Prostitution muß die jetzt damit verbundene Entehrung genommen werden. Alle Prostituierten müßten einer regelmäßigen Salvarsanbehandlung unterworfen werden. Die einzuführenden Schutzmittel würden sicherlich den Geburtenrückgang nicht befördern. Genaue Kenntnis der Geschlechtskrankheiten muß Allgemeingut der Aerzte werden, deshalb müssen diese Krankheiten im Staatsexamen obligatorisch geprüft werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

5. Tetanus.

Spättetanus nach frühzeitiger prophylaktischer Tetanus-Antitoxin-Injektion. Von Dr. O. Teutschlaender-Heidelberg. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1915, Nr. 49.

Tetanusbazillen, die durch Wunden in die Gewebe gelangt sind, können selbst bei lebhafter Granulationsbildung in der Tiefe eingeschlossen werden, besonders wenn Knochen- oder Granatsplitter oder andere Fremdkörper die Bildung einer Höhle begünstigen. Man kann daher zu den tetanusgünstigen Wunden als weiteren Typus geheilte Wunden mit Einschluß von Fremdkörpern oder Gewebstrümmern (Narbentetanus) rechnen. Tetanusbazillen können symptomlos einheilen. Abgekapselt bleiben sie viele Monate lebens- und entwicklungsfähig oder ihre Toxine doch wirksam; sie können dann bei günstiger Gelegenheit zum Ausbruch des Wundstarrkrampfes (Spättetanus) führen. Selbst wenn seit der Verwundung Monate verflossen sind, kann der Starrkrampf sehr schnell einen ungünstigen Verlauf nehmen.

Da nur die vollständige Ausschaltung der Tetanuskeime und ihrer Toxine mit einiger Sicherheit den Wundstarrkrampf endgültig verhütet oder heilt,

sollte die Behandlung stets eine möglichst frühzeitige kombinierte, chirurgisch-antiseptisch-antitoxische, sein. Granatsplitter sind möglichst stets zu entfernen, die Narbe bei Abkapselung auszuschneiden. Die Antitoxinbehandlung allein ist selbst bei sofortiger prophylaktischer Anwendung nicht imstande, Spättetanus oder Rezidiv sicher zu verhüten; sie wirkt nur vorübergehend giftneutralisierend. Solange Tetanusbazillen im Körper vermutet werden können, empfiehlt sich bei verdächtiger Temperatursteigerung u. a. die Einspritzung der Heildosis des Tetanusserums. Dr. Roepke-Melsungen.

---

6. Sonstige Krankheiten.

Akute Darmerkrankungen im Felde und ihre Behandlung, insbesondere mit Suprarenin. Von Prof. Dr. J. Strasburger, Frankfurt a. M, Stabsarzt der Landwehr bei einem Feldlazarett. Mediz. Klinik; 1915, Nr. 42.

Verfasser berichtet zunächst über die akuten Darmstörungen, die ihm im Felde begegnet sind: Durchfälle, 1. infolge von Diätfehlern, 2. bei Typhus abdominalis, 3. bei Grippe, 4. bei Ruhr, 5. bei fieberhaften Störungen mit dem Bilde der Enteritis paratyphosa (Bazillen nicht gefunden), 6. bei Brechdurchfall (Cholera nostras), 7. Beschwerden in der rechten Unterbauchgegend, wobei es sich differentialdiagnostisch um Blinddarmkatarrh oder Appendicitis handeln konnte. Die Diagnose läßt sich durch Untersuchung des Stuhles erbringen, insofern als beim Blinddarmkatarrh Schleim darin enthalten ist, während bei destruktiver Appendicitis Schleimbeimengungen fehlen. Therapeutisch bewährte sich Bolus alba in großen Dosen (200 g in 2 Portionen hintereinander) sowohl bei einfach dünnen, als auch schleimigen und ruhrartigen Stühlen; zuweilen blieb auch der Erfolg aus. Uzara brachte die besten Resultate bei ruhrartigen Erkrankungen. In vielen Fällen hatte die besten Erfolge Suprarenin-Verordnung (3 mal 15—20 Tropfen [1 : 1000] in etwas Wasser per os in Abständen von je einer Stunde, manchmal am nächsten Tage wiederholt). Schädliche Wirkungen wurden nie beobachtet. Dagegen verlor sich sehr bald der Schleimgehalt. Auffallender war noch das Aufhören von Schleim- und Blutabsonderung nach Einläufen (1 ccm Adrenalinlösung auf 1/2 l lauwarmen Wassers). Wahrscheinlich beeinflußt das Adrenalin bezw. Suprarenin den Sympathicus und verringert so die Schleimsekretion. Vielleicht bewährt sich diese Verordnung auch bei chronischen Darmkatarrhen und bei der Colica mucosa oder auch bei Asthma bronchiale. Zu prüfen wäre noch, ob die in kleinen Gaben schon kontraktionerregende Wirkung auf den Uterus bei innerlicher Verabreichung erhalten bleibt und dadurch bei Graviden zu Abort führen könnte.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

7. Desinfektion und Bekämpfung von Ungeziefer.

Ueber vergleichende Versuche mit Ungeziefermitteln. Von Marinestabsapotheker Dr. F. Rabe. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1915, Heft 15/16 und 19/20.

Die Versuche wurden an Blattläusen angestellt und zum Teil an Kleiderläusen fortgesetzt. Lausofan-, Globol- und Pedicusol-Dämpfe haben eine schnellere Fernwirkung als Terpentindämpfe, jedoch ist ihr Geruch störend. Lysol und Kresol haben eine sehr geringe Fernwirkung. Pulver müssen locker und nicht zu feucht sein; geeignet ist Infusorienerde, während Bolus mit etwa 10 % Magnesia carbonica oder usta aufgelockert werden muß. Eins dieser Pulver, mit 40—50 % Kienöl versetzt, macht die Läuse binnen kurzer Zeit bewegungslos und tot. Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Der Innenausbau der Kleinwohnungen. Von San.-Rat Dr. M. Rosenthal-Berlin. Medizinische Reform; 1916, Nr. 1.

Im jetzigen Kriege sind allein in Ostpreußen 33553 Gebäude zerstört worden; auf sämtlichen Kriegsschauplätzen werden demnach sicherlich Hunderttausende von Wohngebäuden ruiniert worden sein, bei deren Wiederaufbau der Städtebauer nach Plänen arbeiten kann, die den Fragen der Verschönerung, des

Verkehrs und der Hygiene Rechnung tragen. Es müssen in den einzelnen Kreisen Bauämter eingerichtet werden zur Beratung der einschlägigen Fragen. Gerade die kleinen Wohnungen bedürfen dringend der Verbesserung, denn die Wohnung dient ihren Inhabern doch für eine lange Zeit des Tages zum ständigen Aufenthalte; es müsse berücksichtigt werden die Lage, der Bauplan, vor allen Dingen muß auf Licht und Luft geachtet werden. Sehr wichtig sind für die Innenräume festgefügte oder fugenlose Fußböden, abwaschbare Wände usw., denn gerade die Tapete, die nicht häufig erneuert wird, ist für Krankheitskeime und Ungeziefer ein Zufluchtsort.

Verfasser betont weiter die Lüftung, die auf Wohnungsfluren fast nie berücksichtigt ist, ferner die Helligkeit, die Einrichtung der Fenster usw.

Dr. Hoffmann-Berlin.

2. Bekämpfung der Staubplage.

Neue Vorrichtungen zum staubfreien Absaugen der Flugasche. Rauch und Staub; 1915, Nr. 2.

Der von E. von Ritter Zuhony in Skrivan bei Neubiolschow (Böhmen) angegebene Apparat verhindert den direkten Zutritt der Flugasche aus dem Sammelbehälter in die in diesen mündende Saugleitung. Eine weitere Neuerung auf diesem Gebiete ist W. Hartmann-Offenbach a. M. patentiert worden, welche den Betrieb sehr erleichtert, da die früheren notwendigen Klappen und Deckel beim Sammelbehälter fortgefallen sind. Dr. Wolf-Hanau.

3. Beseitigung der Abwässer.

Die Abwässerfrage. Von Reg.- und Geheimrat Dr. Niebling-Wiesbaden. Erwiderung. Von Prof. Dr. Rohland-Stuttgart. Schlußerwiderung. Von Reg.- und Geheimrat Dr. Niebling-Wiesbaden. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1915, Nr. 11.

N. bespricht eine Abhandlung von R.[1]) und stellt eine Reihe von Unrichtigkeiten fest, die in der Erwiderung von R. zurückgewiesen werden. In dem Schlußwort betont N., daß das Wesen des von R. angegebenen Kolloidtonreinigungsverfahrens noch immer nicht geklärt ist. Dr. Wolf-Hanau.

4. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Wohlstand und Säuglingssterblichkeit. Von Dr. Klehmet-Kaputh. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1915, Nr. 10/11.

Für das Leben des Flaschenkindes sind die Verhältnisse, unter denen es geboren und auferzogen wird, von großer Bedeutung, im besonderen die Sorgfalt und Pflege, die ihm gewidmet werden kann, die Ehelichkeit der Geburt, die wirtschaftliche Lage, die Bildung und Beschäftigung der Eltern, die Wohnungs- und Reinlichkeitsverhältnisse usw. Es ist aber verständlich, daß alle diese Dinge schwer statistisch zu erkennen und zu verarbeiten sind.

Dr. Wolf-Hanau.

Die Bedeutung der Mütterberatungsstellen für Kleinkinder. Von Prof. Dr. Langstein. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1915, Nr. 11.

Aus der Praxis aller jener heraus, die Kleinkinderfürsorge treiben, kann der Verfasser erklären, daß der Erfolg, wie erwartet, ein ausgezeichneter ist. Daher sollte man unter den jetzigen Verhältnissen dafür sorgen, daß in der offenen Fürsorge der Weg von der Säuglingsfürsorge zur Kleinkinderfürsorge so schnell als möglich beschritten wird und daß die Säuglingsfürsorgestellen daß Programm der Kleinkinderfürsorge sich zu eigen machen.

Dr. Wolf-Hanau.

Säuglingsschutz und Reichswochenhilfe. Von E. Blaustein-Mannheim. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1915, H. 12.

[1]) Siehe das Referat über diese Abhandlung in Nr. 19 dieser Zeitschrift Jahrgang 1915, S. 593.

Der Verfasser berichtet über die seit dem 1. März geschaffene Organisation für die Reichswochenhilfe innerhalb der Abteilung für Wöchnerinnen und Säuglingsfürsorge. Dr. Wolf-Hanau.

Allgemeine Mutterschafts-Versicherung. Von Geheimrat Professor Dr. Meyer. Medizinische Reform; 1915, Nr. 25.

Die Wochenhilfe für Kriegerfrauen gewährt einen Beitrag zur Entbindung, ein Wochengeld, eine Beihilfe für Hebammendienste pp. und endlich ein Stillgeld für die Wöchnerinnen, die selbst stillen. Nebenbei aber müßte auch eine Krankenkassen-Wochenhilfe weiter bestehen, die zur besseren Vorernährung Beihilfen gewährte, die das Stillgeld länger zahlte, und die auch den Schwangeren, die nicht arbeitsfähig sind, eine Unterstützung gewährte. Oeffentliche Aufwendungen für die Wochenhilfe, die dem Staate die Geborenen erhalten, sind gewissermaßen Friedensversicherungs-Prämien.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

5. Jugendfürsorge.

Zehn Jahre Fürsorgearbeit. Medizinische Reform; 1915, Nr. 24.

Die deutsche Zentrale für Jugendfürsorge hat ihren Jahresbericht für 1913/1914 herausgegeben. Im Jahre 1913 wurden 4994 Fälle beraten, im Jahre 1914 7104. Die Kriegsarbeit ist eine erheblich größere. Die Jugendgerichtshöfe stellen fest, daß zu Anfang des Krieges ein auffallendes Sinken der Straffälligkeit eintrat, dem aber im weiteren Verlauf ein ebenso starkes Anschwellen der Kriminalität folgte. 1040 Jugendliche standen vor dem Gericht, von dennn nur 96 freigesprochen wurden. Die Einberufung der Väter und Vormünder zu den Fahnen hat doch eine größere Aufsichtslslosigkeit der jüngeren Kinder gezeitigt. Unter den verurteilten Jugendlichen waren 182 Halbwaisen, 23 Ganzweisen und 53 Kinder, deren Eltern getrennt leben. Der Krieg verlangt besondere Maßnahmen, es wurden Kriegs-Kindergärten, Kriegs-Mädchenheime eingerichtet, das Heilerziehungsheim für psychopatische Knaben mußte seinen Betrieb erweitern. Die deutsche Zentrale für Jugendfürsorge will allen an sie herantretenden Fragen praktisch begegnen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

6. Soziale Hygiene.

Einfluß des Krieges auf Ernährung und Gesundheit des deutschen Volkes. Von Prof. Dr. N. Zuntz-Berlin. Tierphysiol. Institut der Landwirtschaftlichen Hochschule. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 43 und 44.

Die Absperrung Deutschlands machte Maßnahmen erforderlich, um den Ausfall der im Frieden eingeführten Nahrungs- und Futtermittel auszugleichen. Dazu standen zwei Wege zur Verfügung, die auch beschritten wurden: 1. Die direkte Einsparung, 2. die Einschränkung der Umwandlung von Nahrungsmitteln in tierische Produkte. Es fragt sich nun, ob die vorhandenen Zustände genügen, unser Volk kräftig und gesund zu erhalten. In den letzten 50 Jahren hat sich der Fleischgenuß auf den Kopf verdoppelt, ohne daß man behaupten kann, die Menschen seien gesunder und leistungsfähiger geworden. Man braucht allerdings auch nicht so weit zu gehen, daß man sagt, der Fleischgenuß, wie er sich im Durchschnitt stellte, führe zu Schädigungen. Daß er bei sonst gut gewählter Nahrung gering sein kann, beweisen die Leistungen des Vegetariers. Eine erhebliche Beimengung tierischer Nahrung zu unserer Kost ist von großem Vorteil, aber keine Notwendigkeit; sie ist deswegen ein Vorteil, weil der Magendarmkanal dabei keine so großen Mengen zu verarbeiten braucht, was wieder der geringeren körperlichen Leistung entspricht. Auch ist eine kohlenhydratreiche Ernährung nicht so leicht schmackhaft zu gestalten; ebenso ist es vielen Menschen aus äußeren Gründen nicht möglich, zu Mittag zum Essen nach Hause zu gehen. Dem ist abzuhelfen dadurch, daß in den Kantinen schmackhafte Kost zur Verfügung gehalten wird. Was die Fettknappheit anbetrifft, es stehen höchstens auf den Kopf und Tag 40 g zu Gebote, so ist auch dies kein großer Schaden, da das Fett sich leicht durch Kohlenhydrate vertreten läßt; es gibt Völker, die täglich nicht mehr wie 6 bis 8 g Fett zu sich nehmen. 100 g Fett werden ersetzt durch 240 g Kohlenhydrate; auch hier sind in erster Linie die Kartoffeln zum Ersatz

bestimmt. Nach den Versuchen von Hindkede reichen Fett und Kartoffeln allein aus, Arbeitsfreudigkeit und Gesundheit für lange Zeit zu erhalten. Bei Kartoffelnahrung ist der Eiweißbedarf ganz besonders gering. Kriegsbrot ist daher unbedenklich. Durch die Einschränkung des Fleischgenusses, der reichlicheren Benutzung von Kartoffeln und der Verwendung von Kriegsbrot (kleiereiches) ist eine Schädigung nicht zu erwarten. Das kleiereichere Brot kann bei wenigen daran nicht Gewöhnten geringe Verdauungsstörungen verursachen. Dem Körper stehen 3 Mittel für die erfordesliche Anpassung zur Verfügung: 1. Eine Anpassung im Drüsenapparat des Verdauungstraktus, 2. Reflexe auf die Darmmuskulatur, 3. die Bakterienflora des Darmes. Wenn sich Beschwerden infolge Kalkmangels geltend machen, empfiehlt es sich, Calziumkarbonat oder an Kalk reiche Stoffe (Milch, Käse) zu verabreichen. Ein gutes Vorbeugemittel gegen übermäßige Gärungsprozesse ist das gründliche Kauen der Nahrung. Sollte sich event. bei schwer Arbeitenden Abmagern einstellen, so muß der Arzt für geeignete Zuschüsse sorgen. Das auf den Kopf zur Verfügung stehende Mehlquantum muß nach Ermessen und Geschmack des einzelnen verabfolgt werden, damit die Angewöhnung an Mehlspeisen nicht eingeschränkt zu werden braucht.

Im zweiten Teil der Abhandlung stellt Z. sich auf den Standpunkt, daß die Grundlage unserer Nahrung unbedingt im Inlande erzeugt werden muß. Das läßt sich erreichen durch intensiveren Betrieb der Landwirtschaft mit heimischen Kräften. Die Verwirklichung dieses Problems hat der Verfasser in seinen interessanten Ausführungen näher beschrieben. Er wünscht es so zu lösen, daß dabei auch ein Gewinn an Gesundheit und Kraft für unsere Industriebevölkerung erzielt wird. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

7. Statistik.

Mord und Totschlag sowie Hinrichtungen in Preußen in den Jahren 1909 bis 1913. Im Jahre 1913 kamen in Preußen 871 (586 männliche und 285 weibliche) Personen durch Mord oder Totschlag ums Leben; ferner wurden 18 Hinrichtungen an Männern vollstreckt. In der folgenden, der „Stat. Korr." entnommenen Uebersicht wird die Zahl der in den Jahren 1909 bis 1913 durch Mord oder Totschlag in Preußen umgekommenen männlichen (m.) und weiblichen (w.) Personen auch nach dem Alter der Getöteten und nach der Art der Tötung nachgewiesen.

Gesamtzahl. — Alter. — Tötungsart.	Durch Mord oder Totschlag umgekommene Personen									
	1909		1910		1911		1912		1913	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Gesamtzahl[1])	583	274	548	230	491	243	518	269	586	285
Alter:										
bis 5 Jahre .	120	110	112	86	116	85	89	103	124	105
über 5 bis 15 „ .	20	18	19	22	23	17	29	13	22	25
„ 15 Jahre	443	146	417	122	352	141	400	153	440	155
Tötungsart:										
erhängt	3	2	3	7	4	5	4	2	3	2
erwürgt	25	36	20	24	26	21	25	28	25	37
erstickt	38	33	35	26	23	27	22	29	40	26
ertränkt	29	30	34	24	35	24	30	31	30	38
erschossen	75	67	65	59	61	70	78	78	79	71
erstochen	202	23	183	18	162	26	169	21	179	23
Schnitt in den Hals . .	9	8	17	14	13	11	11	12	23	13
verbrannt	2	2	1	2	2	—	—	—	4	2
vergiftet	12	11	10	4	14	12	14	13	14	11
Sturz von Treppen usw.	4	—	3	2	1	—	5	2	7	1
erschlagen	154	36	129	26	114	31	127	37	147	39
sonstige Arten und ohne nähere Angabe	30	26	48	24	36	16	33	16	35	22

[1]) Ausschließlich der Hinrichtungen.

Von der Gesamtzahl der Getöteten wurde, wie schon in den Vorjahren, auch in den Berichtsjahren annähernd die Hälfte erstochen oder erschlagen, nämlich 1913: 388 von 871, 1912: 354 von 787, 1911: 333 von 734, 1910: 356 von 778, 1909: 415 von 857. Diese Zahlen am nächsten kommen für 1913 150 Tötungen durch Erschießen, 68 durch gewaltsames Ertränken, 66 durch Ersticken und 62 durch Erwürgen.

Nach der sozialen Stellung der Getöteten waren, wie in den Vorjahren, am stärksten beteiligt die Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Fabrikarbeiter usw. Dann folgen die Tagearbeiter, die Selbständigen im Besitz und Beruf und die Dienstboten.

Am meisten erlagen dem Mord und Totschlag wiederum erwachsene männliche Personen. Es starben auf diese gewaltsame Weise im Jahre 1913 von 100000 Lebenden des betr. Geschlechts

in der Provinz	männl.	weibl.	überh.
Westfalen	4,40	1,22	2,85
Westpreußen	3,40	0,91	2,18
Rheinprovinz	3,38	1,59	2,49
Pommern	3,28	0,80	2,02
Ostpreußen	3,25	0,94	2,07
(im Staatsdurchschnitt	2,94	1,35	2,13)
Posen	2,88	1,25	2,04
Brandenburg	2,84	2,11	2,47
Hohenzollern	2,83	—	1,88
Schlesien	2,66	1,51	2,07
Hessen-Nassau	2,50	1,02	1,74
Schleswig-Holstein	2,32	1,22	1,78
Berlin, Landespolizeibezirk	2,18	1,24	1,66
Sachsen	2,06	1,32	1,68
Hannover	1,96	1,33	1,65

Eine Uebersicht der Hinrichtungen für die Jahre 1909 bis 1913, nach Provinzen geordnet, ergibt, daß in diesem Jahrfünft in Schlesien die meisten Hinrichtungen vollzogen worden sind, und zwar an 21 Männern und 1 Frau. Größere Zahlen zeigen noch Brandenburg mit Hinrichtungen von 11 Männern, Ostpreußen mit Hinrichtungen von 9 Männern und 2 Frauen, Westfalen und die Rheinprovinz mit Hinrichtungen von je 9 Männern und Sachsen mit solchen von 8 Männern. Es wurden nämlich Personen hingerichtet

in der Provinz	in den Jahren 1909	1910	1911		1912		1913	zusammen	
	m.	m.	m.	w.	m.	w.	m.	m.	w.
Ostpreußen	2	2	3	1	1	1	1	9	2
Westpreußen	1	1	—	—	1	—	—	3	—
Brandenburg mit Berlin	2	2	4	—	—	—	3	11	—
Pommern	1	1	1	—	—	—	1	4	—
Posen	—	2	1	—	1	1	2	6	1
Schlesien	5	4	3	1	3	—	6	21	1
Sachsen	2	4	2	—	—	—	—	8	—
Schleswig-Holstein	1	2	—	—	—	—	2	5	—
Hannover	—	—	—	—	1	—	1	2	—
Westfalen	3	1	1	—	3	—	1	9	—
Hessen-Nassau	1	—	1	—	1	—	1	4	—
Rheinprovinz	1	3	1	—	4	—	—	9	—
im Staate	19	22	17	2	15	2	18	91	4

(Deutscher Reichs- u. Preuß. Staatsanzeiger, Nr. 308 vom 31. Dez. 1915.)

Besprechungen.

Die sanitäre Kriegsrüstung Deutschlands. Vierzehn Vorträge, gehalten in der Ausstellung für Verwundeten- und Krankenfürsorge im Kriege Berlin 1914-15. Berlin 1915. L. Oehmigkes Verlag (R. Appelius). 8°; 266 S., mit zahlreichen Abbildungen. Preis: geb. 5 M.

Die in dieser Sammlung vereinigten Vorträge sind während der Monate Dezember 1914 und Januar 1915 im Hauptsitzungssaale des Reichstagsgebäudes in Berlin gehalten worden, und zwar auf Veranlassung des Arbeitsausschusses der im Reichstagsgebäude damals veranstalteten Ausstellung für Verwundeten- und Krankenfürsorge im Kriege, die es sich zur Aufgabe gestellt hatte, weite Kreise der Bevölkerung in anschaulicher und eindringlicher Weise darüber zu belehren, was alles zur Versorgung unserer verwundeten und erkrankten Krieger, von der fechtenden Truppe bis zum Genesungsheim in der Heimat und darüber hinaus geschieht. Die Vortragsreihe ist vom Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner zusammengestellt und dabei der Zusammensetzung der Ausstellung und ihren einzelnen Abteilungen Reehnung getragen. Die Sammlung beginnt mit einem Vortrag über das Heeres-Sanitätswesen im Kriege von Generalarzt Dr. Paalzow (1); ihm folgen die Vorträge über Verwundetenfürsorge in der Marine von Marine-Generaloberarzt Dr. Weber (2), über freiwillige Krankenpflege von Prof. Dr. Kimmle (3), über die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege von Geh. Justizrat Prof. D. Dr. W. Kahl (4), über Mitwirkung der Frau in der Verwundeten- und Krankenfürsorge im Kriege von Frau Staatsminister von Boetticher (5), über Helferinnen von Generalarzt Dr. Körting (6), über die geschichtliche Entwicklung der Verwundetenfürsorge in Altertum, Mittelalter und neuerer Zeit von Dr. Eug. Holländer (7), über Ernährung des deutschen Volkes zur Kriegszeit von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. M. Rubner (8), über Verhütung und Bekämpfung der Kriegsseuchen von Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner (9), über moderne Krankenpflegetechnik von Dr. P. Jacobsohn (10), über Bevölkerungsbewegung und Krieg von Oberstabsarzt Dr. Schwiening (11), über die ethische und wirtschaftliche Bedeutung der Kriegskrüppelfürsorge und ihre Organisation im Zusammenhang mit der gesamten Kriegshilfe von Prof. Dr. K. Biesalski (12), über die zahnärztliche Fürsorge im Kriege von Prof. Dr. med. W. Dieck (13) und über unsere Kriegskrankenpflege in Belgien von Dr. Mamlock (14).

Sämtliche Vorträge gehen weit über ihre ursprünglich gestellte Aufgabe, eine Erläuterung und Ergänzung der Ausstellungsdarbietungen zu geben, hinaus und zeichnen sich nicht nur durch eine vollendete Form, sondern auch durch ihren bedeutungsvollen, den Vortragsgegenstand völlig erschöpfenden Inhalt aus. Man kann daher den Arbeitsausschuß nur dankbar sein, daß er durch ihre Drucklegung und Herausgabe diese wertvollen Zeugnisse für die Kriegsfürsorgearbeit während des gewaltigen Ringens um des Deutschen Reiches Größe und Zukunft auch weiteren Leserkreisen zugänglich gemacht hat.

Rpd.

Fischers Kalender für Mediziner nebst Rezepttaschenbuch. Herausgegeben von Dr. J. Bierbach-Heidelberg. 27. Jahrgang 1915/16. Berlin 1916. 12°; 425 Seiten. Preis: 2 M.

Der im vorigen Jahre des Krieges wegen nicht herausgegebene Kalender ist jetzt für beide Jahre 1915/16 erschienen. Die Anordnung des Stoffes hat gegen füher keine Aenderung erfahren, der Inhalt der einzelnen Abhandlungen, namentlich des für die Praxis sehr brauchbaren medizinisch-therapeutischen Taschenbuches, aber einer gründlichen Durchsicht unterzogen und vielfach ergänzt. Dem Notizkalender ist in Form von 4 handlichen Beiheften für jedes Vierteljahr beigegeben. Rpd.

Dr. Orlowski: Hausarztkalender. Verlag von C. Kabitzsch-Würzburg. Preis: 1 M.

An Stelle des Begründers und bisherigen Herausgebers des Hausarztkalenders Dr. Dessauer-München, der auf dem Felde der Ehre gefallen ist, hat Dr. Orlowski die Neubearbeitung des Kalenders übernommen und sich mit bestem Erfolge bemüht, diesen im Geiste seines Begründers fortzusetzen. Die dem Kalender beigefügten fünf Merkblätter über Zahnpflege, künstliche Atmung, chirurgische Nothilfe auf Reisen und Ausflügen, Maßnahmen bei innerlichen Erkrankungen und Frühsymptome der Lungentuberkulose sind zwar

unverändert beibehalten, dagegen haben die übrigen, jedem Wochenblatt beigefügten kurzen Abhandlungen manche, den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung tragende Verbesserung erhalten. Rpd.

Deutscher Hebammenkalender 1916; 28. Jahrgang. Berlin 1915. Verlag von Elwin Staude. Preis: 1 Mark.

Die Verteuerung der gesamten Herstellungsarbeiten infolge des Krieges haben veranlaßt, den Umfang des Hebammenkalenders gegen früher etwas einzuschränken, um den bisherigen, allerdings sehr mäßigen Preis von 1 Mark beibehalten zu können. Durch die Beschränkung des Umfangs hat aber an sich die Brauchbarkeit des Kalenders keinen Schaden erlitten; vielleicht empfiehlt es sich bei späteren Ausgaben, auch das 60 Seiten umfassende Tagebuch im Kalender selbst fortzulassen und es als Beiheft beizugeben, wodurch der Kalender noch handlicher wird. An Abhandlungen bringt der Hebammenkalender diesmal nur eine solche von der Herausgeberin Frau Olga Gebauer: über die Pflichten der Hebamme nach dem Kriege und über die Verwertung ihrer im Kriege für ihren Beruf gesammelten Erfahrungen. Mit Recht wird hier hervorgehoben, daß es eine der wichtigsten Aufgaben der Hebammen sei, dafür zu sorgen, daß jede Mutter ihr Kind selbst stillt, damit dieses am Leben erhalten bleibt und gesund groß gezogen wird. Den Hebammen erwächst aber gerade jetzt eine nicht minder wichtige Aufgabe, das ist die Bekämpfung des Geburtenrückganges, namentlich der gewollten Kinderlosigkeit; hier kann ihre Mitwirkung recht großen Segen stiften, vorausgesetzt, daß sie in verständnisvoller und geschickter Weise geschieht. Deshalb dürfte es sich vielleicht empfehlen, im nächsten Hebammenkalender eine Abhandlung zu bringen, in der diese für die Allgemeinheit so bedeutungsvolle Frage von berufener Hand erörtert wird. Rpd.

Tagesnachrichten.

Das preußische Medizinalwesen im Staatshaushaltsetat 1916/17. Der neue Etat bringt ebenso wie im Vorjahre mit Rücksicht auf den Krieg fast gar keine Aenderungen: Eine Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen hat diesmal gar nicht stattgefunden. Von den sonstigen ordentlichen Ausgaben ist der Betrag für Reisekosten wiederum niedriger eingestellt; eine Kürzung der Reisepauschalvergütungen der Reg.- und Med.-Räte und Kreisärzte soll aber nicht stattfinden, da genügend Ersparnisse aus den Vorjahren vorhanden sind, um den bisherigen Betrag (865 000 M.) zu decken.

Die einmaligen und außerordentlichen Ausgaben sind in dem vorliegenden Etat selbstverständlich auch möglichst niedrig bemessen. Es fehlt z. B. wiederum ein Betrag für Fortbildungskurse der Medizinalbeamten; desgleichen sind für deren Teilnahme an der Ausbildung der Desinfektoren ebenfalls nur 1000 M. wie im Vorjahre vorgesehen. Auch die Beträge für die Granulose- und Typhusbekämpfung sowie für Anstellung von Untersuchungen über den Schutzpocken-Impfstoff sind geringer, da der Mehrbedarf aus Ersparnissen aus dem Vorjahre gedeckt werden kann.

A. Dauernde Ausgaben.

1. Besoldung von 39 Mitgliedern (mit 600—1200 M.) und 36 Assessoren (mit 600—1050 M.) der Provinzialmedizinalkollegien . . . . 59 850,— M.

   Besoldung von 37 Regierungs- und Medizinalräten mit 4200—7200 M. . . . . 244 800,— „

   Außerdem für 13 Regierungs- und Medizinalräte pensionsfähige Zulagen von 600 Mark . . . . 7 800,— „

   Vermerk: Die Regierungs- und Medizinalräte und die Direktoren der hygienischen Institute in Beuthen und Saarbrücken erhalten bis zu einem Drittel der Gesamtzahl der etatsmäßigen Stellen je 600 M. pensionsfähige Zulage.

   Besoldung von 7 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Potsdam,

Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf, sowie bei dem Polizeipräsidium in Berlin (mit 3000—7200 M.) . . . . . 31 200,— M.[1])

2. **Besoldung von 73 vollbesoldeten Kreisärzten (3000—7200 M.), 447 nicht vollbesoldeten Kreisärzten, darunter 18 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte, mit mindestens 2100, höchstens 3900 M., im Durchschnitt 3000 M., sowie für sonstige Besoldungen** . . . . 1 789 371,— „ [2])
3. Wohnungsgeldzuschüsse . . . . 109 400,— „
4. **Remunerierung von 36 Kreisassistenzärzten und von Hilfsarbeitern im Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien** sowie zu Beihilfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Gemeindeärzte . . . . 77 550,— „
5. **Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreisärzte, einschließlich der Gerichtsärzte** . . . . 208 650,— „

5a. **Entschädigungen an die vor dem 1. April 1908 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte für den Fortfall der Fuhrkostenentschädigung und der übrigen ihnen bisher zugeflossenen** Gebühren für Dienstgeschäfte . . . . , . 5 000,— „

6. Geschäftsbedürfnisse der Provinzial - Medizinalkollegien (320 M.), Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräte in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.- und Medizinalräten und von als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen beschäftigten vollbesoldeten Kreisärzten (3000 M.), Remunerationen für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten gelieferten Arzneien (3500 M.), Dienstaufwandsentschädigungen für die vollbesoldeten Kreisärzte bis zu 1150 M., im Durchschnitt 900 M., für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte einschl. der Gerichtsärzte bis zu 900 M., im Durchschnitt 400 M. (245 500 M.), nicht abgelöste Postporto- und Gebührenbeträge, einschließl. Fernsprech-, Telegramm- und sonstige Frachtgebühren für dienstliche Sendungen der Kreisärzte (380 M.) sowie Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial - Medizinalkollegien, Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die psychiatrischen Mitglieder der Besuchskommissionen für die Beaufsichtigung der Privat - Irren- usw. Anstalten und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beirats für das Apothekenwesen (14 050 M.) . . . . 269 150,— „
7. Beihilfen zum Studium medizinal - technischer wichtiger Einrichtungen und Vorgänge . . . . 3 000,— „
8. Reisekostenpauschvergütungen der Medizinalbeamten, darunter 465 000 M. für Reisepauschvergütungen und 5000 M. für Gebühren der Kreismedizinalbeamten für die im dienstlichen Interesse vorzunehmende Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten, ausschließlich derjenigen der Königl. Polizeiverwaltungen, jedoch einschließlich der Bauverwaltungen, sowie 105 000 M. für Reisekosten der Regierungs- und Medizinalräte . . . . 475 000,— „ [3])

---

[1]) Mehr: 1800 M. nach Maßgabe und Dienstalter der vollbesoldeten Kreisärzte.

[2]) Mehr: 7800 M., weil hier jetzt noch die Besoldung für den Leiter und Lehrer der Hebammenlehranstalt in der Charité und für 7 Aerzte der französischen Kolonien angestellt sind.

[3]) Weniger: 100 000 M., da aus den Vorjahren so viel Ersparnisse vorhanden sind, daß ebenso wie in den Vorjahren 865 000 M. zur Bestreitung der Reisekostenpauschvergütungen der Kreismedizinalbeamten zur Verfügung stehen.

die Verfasser im Blut, in den Organen geimpfter Meerschweinchen sehr zarte, schlanke Spirochaeten mit flachen Windungen, welche wahrscheinlich die Erreger sind. Sie färben sich nach Giemsa und im Schnitt nach Levaditi. Das Blut ist hauptsächlich in der ersten Woche infektiös; es empfiehlt sich daher, im Beginn der Erkrankung den Tierversuch zur Diagnose zu verwerten. Außer Meerschweinchen sind auch Kaninchen empfänglich, scheinbar nicht Affen, Hühner, Katzen, Hunde, Ferkel, Hammel und Mäuse, über Ratten sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. Die sicherste Infektionsart ist die intrakardiale, weniger die intraperitoneale und muskuläre, auch gehen sie durch die skarifizierte Haut. Die Menge soll 1—2 ccm betragen. Die Spirochaeten finden sich in Leber, Galle, Nieren, seltener im Blut und anderen Organen. Arsenikalien brachten keinen therapeutischen Erfolg. Da Rekonvaleszentenserum das Virus schon in kurzer Zeit abtötet, ist es zur Behandlung zu verwerten. Es handelt sich nun darum, von geeigneten größeren Tieren Immunsera für die Behandlung zu gewinnen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Beiträge zur Aetiologie der Weilschen Krankheit. Von Prof. Dr. Hübener und Priv.-Doz. Dr. Reiter, Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 1.

Die hauptsächlichsten Untersuchungsergebnisse der Autoren sind inzwischen durch Uhlenhuth und Fromme (s. vorstehendes Referat) bestätigt: Erzeugung eines typischen Krankheitsbildes beim Meerschweinchen, Möglichkeit der Uebertragung auf Kaninchen, Unempfänglichkeit der Mäuse und Ratten, Vermehrungsfähigkeit des Virus, Virusgehalt des Urins, keine spontane direkte Uebertragung von Tier zu Tier, Nichtinfektiosität der Rezidive, fast keine Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch Salvarsan und Atoxyl, Vorhandensein von Immunkörpern in der Rekonvaleszenz und Möglichkeit einer passiven Immunisierung.

Die nach Giemsa gefärbten Präparate zeigten „Gebilde, die man am besten mit den feinsten Geißeln der Typanosomen vergleicht". Außerdem wurden noch massenhafte kleinste, schwach gefärbte Protoplasmakugelchen beobachtet, deren spezifische Bedeutung aber noch offen bleibt. Untersuchungen im hängenden Tropfen und im Dunkelfelde waren nicht befriedigend. Der augenfälligste Befund konnte bei Leberausstrichen von Meerschweinchen erhoben werden, die nach der Infektion möglichst lange gelebt hatten. Die Tiere zeigten den hochgradigsten Ikterus und bei der mikroskopischen Untersuchung in den Leberausstrichen die feinen Geißelformen, die man vielleicht als Spirochäten ansprechen kann, teils einzeln liegend, teils zu wirren Bündeln zusammengeballt. Jede Regelmäßigkeit in Größe und Windung wird vermißt, oft sind die „Spirochäten" langgestreckt wie gedehnt, oft nur an den Enden ein wenig umgeschlagen oder vollständig zu Oesen- und Schleifenformen, oder sie haben große, peitschenschlagähnliche Windungen; sie sind oft Blutkörperchen oder anderen Zellen angelagert, äußerst fein und bei Giemsafärbung rötlich. Häufig sieht man an der „Spirochäte" eine sich ebenfalls mit Giemsa rotfärbende Knötchenbildung und zwar häufiger bei weniger ikterischen Tieren. Im allgemeinen geht die Zahl der in der Leber gefundenen „Spirochäten" dem Grade des Ikterus parallel; sie sind bei mit hochvirulentem Virus geimpften Tieren, die rasch ad exitum gekommen waren, viel weniger zahlreich.

Auch in nach Levaditi gefärbten Leberschnittpräparaten läßt sich die „Spirochäte" deutlich erkennen, häufig in wirren Knäueln zusammenliegend. Sie erscheint natürlich wesentlich dicker als in Giemsapräparaten; die Knötchenbildung ist besonders schön zu sehen.

Ferner können die „Spirochäten" in anderen Organen, wie Lunge, Knochenmark und Milz nachgewiesen werden, allerdings nur ganz vereinzelt. Häufiger sind sie im Blute der infizierten Tiere anzutreffen und zwar einzeln oder in Bündeln und Knäueln zusammenliegend, mit oder ohne Knötchenbildung. Immer aber gilt, daß, je stärker der Ikterus ausgesprochen bezw. je langsamer die Infektion vorgeschritten ist, desto leichter die beschriebenen Mikroorganismen nachweisbar sind. Sie besitzen eine ganz besondere Vorliebe für das Lebergewebe, das vielleicht filterähnlich auf die Parasiten wirkt und den übrigen Organismus vor einer Ueberschwemmung mit dem

lebenden Virus schützt. Es ist nicht anzunehmen, daß die „Spirochäten“ Gefäße verstopfen und hierdurch den Ikterus erzeugen; wahrscheinlich wird letzterer durch eine längere toxische Schädigung der Leberzellen hervorgerufen. Darüber besteht aber für die Autoren kein Zweifel, daß es sich bei dem von ihnen am 1. September 1915 entdeckten Mikroorganismus um den Erreger der Weilschen Krankheit handelt. Seine Klassifizierung muß noch geklärt und festgestellt werden, ob der äußerlich als Spirochäte erscheinende Mikroorganismus auch tatsächlich dieser Gruppe zuzusprechen ist. Vorläufig wird als Bezeichnung: Spirochaete nodosa (Hübener-Reiter) vorgeschlagen. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

---

3. Diphtherie.

Die Diphtheriebekämpfung und die Schulärzte. Von Sanitätsrat Dr. Strelitz, Schularzt in Charlottenburg. Medizinische Reform; 1915, Nr. 24.

Verfasser macht Bemerkungen zu dem Aufsatz von Wallenstein, der das gleiche Thema behandelt; er führt aus, daß in Charlottenburg schon längst entsprechende Einrichtungen getroffen seien, daß dort schon seit längerer Zeit Schulärzte, allerdings im Nebenamte, tätig seien und überhaupt in ausgedehnter Weise für die Hygiene des Kindes gesorgt würde.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

4. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Medizinische Reform; 1915, Nr. 25.

Professor Blaschko weist darauf hin, daß die durch den Krieg verursachte Massentrennung von Männern und Frauen notwendigerweise eine Zunahme des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und damit ein Ansteigen der Geschlechtskrankheiten gezeitigt hat. Ein solches ist nach den früheren Erfahrungen auch wieder mit dem Friedensschluß zu erwarten, deshalb muß besonders jetzt mit aller Energie der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu Leibe gegangen werden. Dahin zielen Schließung der Animierkneipen und Bordelle, Abkürzung der Polizeistunde, Schaffung von alkoholfreien Soldatenheimen, Ueberwachung der Straßenprostitution, der Winkelhotels usw. Unzählige Menschen lassen sich nicht ausheilen und verschleppen zum Teil unbewußt die Krankheit weiter. Es müssen Beratungsstellen da sein für derartige Kranke. Der Ueberwachung der Prostitution muß die jetzt damit verbundene Entehrung genommen werden. Alle Prostituierten müßten einer regelmäßigen Salvarsanbehandlung unterworfen werden. Die einzuführenden Schutzmittel würden sicherlich den Geburtenrückgang nicht befördern. Genaue Kenntnis der Geschlechtskrankheiten muß Allgemeingut der Aerzte werden, deshalb müssen diese Krankheiten im Staatsexamen obligatorisch geprüft werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

5. Tetanus.

Spättetanus nach frühzeitiger prophylaktischer Tetanus-Antitoxin-Injektion. Von Dr. O. Teutschlaender-Heidelberg. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1915, Nr. 49.

Tetanusbazillen, die durch Wunden in die Gewebe gelangt sind, können selbst bei lebhafter Granulationsbildung in der Tiefe eingeschlossen werden, besonders wenn Knochen- oder Granatsplitter oder andere Fremdkörper die Bildung einer Höhle begünstigen. Man kann daher zu den tetanusgünstigen Wunden als weiteren Typus geheilte Wunden mit Einschluß von Fremdkörpern oder Gewebstrümmern (Narbentetanus) rechnen. Tetanusbazillen können symptomlos einheilen. Abgekapselt bleiben sie viele Monate lebens- und entwicklungsfähig oder ihre Toxine doch wirksam; sie können dann bei günstiger Gelegenheit zum Ausbruch des Wundstarrkrampfes (Spättetanus) führen. Selbst wenn seit der Verwundung Monate verflossen sind, kann der Starrkrampf sehr schnell einen ungünstigen Verlauf nehmen.

Da nur die vollständige Ausschaltung der Tetanuskeime und ihrer Toxine mit einiger Sicherheit den Wundstarrkrampf endgültig verhütet oder heilt,

sollte die Behandlung stets eine möglichst frühzeitige kombinierte, chirurgisch-antiseptisch-antitoxische, sein. Granatsplitter sind möglichst stets zu entfernen, die Narbe bei Abkapselung auszuschneiden. Die Antitoxinbehandlung allein ist selbst bei sofortiger prophylaktischer Anwendung nicht imstande, Spättetanus oder Rezidiv sicher zu verhüten; sie wirkt nur vorübergehend giftneutralisierend. Solange Tetanusbazillen im Körper vermutet werden können, empfiehlt sich bei verdächtiger Temperatursteigerung u. a. die Einspritzung der Heildosis des Tetanusserums. Dr. Roepke-Melsungen.

---

6. Sonstige Krankheiten.

Akute Darmerkrankungen im Felde und ihre Behandlung, insbesondere mit Suprarenin. Von Prof. Dr. J. Strasburger, Frankfurt a. M., Stabsarzt der Landwehr bei einem Feldlazarett. Mediz. Klinik; 1915, Nr. 42.

Verfasser berichtet zunächst über die akuten Darmstörungen, die ihm im Felde begegnet sind: Durchfälle, 1. infolge von Diätfehlern, 2. bei Typhus abdominalis, 3. bei Grippe, 4. bei Ruhr, 5. bei fieberhaften Störungen mit dem Bilde der Enteritis paratyphosa (Bazillen nicht gefunden), 6. bei Brechdurchfall (Cholera nostras), 7. Beschwerden in der rechten Unterbauchgegend, wobei es sich differentialdiagnostisch um Blinddarmkatarrh oder Appendicitis handeln konnte. Die Diagnose läßt sich durch Untersuchung des Stuhles erbringen, insofern als beim Blinddarmkatarrh Schleim darin enthalten ist, während bei destruktiver Appendicitis Schleimbeimengungen fehlen. Therapeutisch bewährte sich Bolus alba in großen Dosen (200 g in 2 Portionen hintereinander) sowohl bei einfach dünnen, als auch schleimigen und ruhrartigen Stühlen; zuweilen blieb auch der Erfolg aus. Uzara brachte die besten Resultate bei ruhrartigen Erkrankungen. In vielen Fällen hatte die besten Erfolge Suprarenin-Verordnung (3 mal 15—20 Tropfen [1 : 1000] in etwas Wasser per os in Abständen von je einer Stunde, manchmal am nächsten Tage wiederholt). Schädliche Wirkungen wurden nie beobachtet. Dagegen verlor sich sehr bald der Schleimgehalt. Auffallender war noch das Aufhören von Schleim- und Blutabsonderung nach Einläufen (1 ccm Adrenalinlösung auf 1/2 l lauwarmen Wassers). Wahrscheinlich beeinflußt das Adrenalin bezw. Suprarenin den Sympathicus und verringert so die Schleimsekretion. Vielleicht bewährt sich diese Verordnung auch bei chronischen Darmkatarrhen und bei der Colica mucosa oder auch bei Asthma bronchiale. Zu prüfen wäre noch, ob die in kleinen Gaben schon kontraktionerregende Wirkung auf den Uterus bei innerlicher Verabreichung erhalten bleibt und dadurch bei Graviden zu Abort führen könnte.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

7. Desinfektion und Bekämpfung von Ungeziefer.

Ueber vergleichende Versuche mit Ungeziefermitteln. Von Marinestabsapotheker Dr. F. Rabe. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1915, Heft 15/16 und 19/20.

Die Versuche wurden an Blattläusen angestellt und zum Teil an Kleiderläusen fortgesetzt. Lausofan-, Globol- und Pedicusol-Dämpfe haben eine schnellere Fernwirkung als Terpentindämpfe, jedoch ist ihr Geruch störend. Lysol und Kresol haben eine sehr geringe Fernwirkung. Pulver müssen locker und nicht zu feucht sein; geeignet ist Infusorienerde, während Bolus mit etwa 10 % Magnesia carbonica oder usta aufgelockert werden muß. Eins dieser Pulver, mit 40—50 % Kienöl versetzt, macht die Läuse binnen kurzer Zeit bewegungslos und tot. Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Der Innenausbau der Kleinwohnungen. Von San.-Rat Dr. M. Rosenthal-Berlin. Medizinische Reform; 1916, Nr. 1.

Im jetzigen Kriege sind allein in Ostpreußen 33553 Gebäude zerstört worden; auf sämtlichen Kriegsschauplätzen werden demnach sicherlich Hunderttausende von Wohngebäuden ruiniert worden sein, bei deren Wiederaufbau der Städtebauer nach Plänen arbeiten kann, die den Fragen der Verschönerung, des

Verkehrs und der Hygiene Rechnung tragen. Es müssen in den einzelnen Kreisen Bauämter eingerichtet werden zur Beratung der einschlägigen Fragen. Gerade die kleinen Wohnungen bedürfen dringend der Verbesserung, denn die Wohnung dient ihren Inhabern doch für eine lange Zeit des Tages zum ständigen Aufenthalte; es müsse berücksichtigt werden die Lage, der Bauplan, vor allen Dingen muß auf Licht und Luft geachtet werden. Sehr wichtig sind für die Innenräume festgefügte oder fugenlose Fußböden, abwaschbare Wände usw., denn gerade die Tapete, die nicht häufig erneuert wird, ist für Krankheitskeime und Ungeziefer ein Zufluchtsort.

Verfasser betont weiter die Lüftung, die auf Wohnungsfluren fast nie berücksichtigt ist, ferner die Helligkeit, die Einrichtung der Fenster usw.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

2. Bekämpfung der Staubplage.

Neue Vorrichtungen zum staubfreien Absaugen der Flugasche. Rauch und Staub; 1915, Nr. 2.

Der von E. von Ritter Zuhony in Skrivan bei Neubiolschow (Böhmen) angegebene Apparat verhindert den direkten Zutritt der Flugasche aus dem Sammelbehälter in die in diesen mündende Saugleitung. Eine weitere Neuerung auf diesem Gebiete ist W. Hartmann-Offenbach a. M. patentiert worden, welche den Betrieb sehr erleichtert, da die früheren notwendigen Klappen und Deckel beim Sammelbehälter fortgefallen sind. Dr. Wolf-Hanau.

---

3. Beseitigung der Abwässer.

Die Abwässerfrage. Von Reg.- und Geheimrat Dr. Niebling-Wiesbaden. Erwiderung. Von Prof. Dr. Rohland-Stuttgart. Schlußerwiderung. Von Reg.- und Geheimrat Dr. Niebling-Wiesbaden. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1915, Nr. 11.

N. bespricht eine Abhandlung von R.[1]) und stellt eine Reihe von Unrichtigkeiten fest, die in der Erwiderung von R. zurückgewiesen werden. In dem Schlußwort betont N., daß das Wesen des von R. angegebenen Kolloidtonreinigungsverfahrens noch immer nicht geklärt ist. Dr. Wolf-Hanau.

---

4. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Wohlstand und Säuglingssterblichkeit. Von Dr. Klehmet-Kaputh. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1915, Nr. 10/11.

Für das Leben des Flaschenkindes sind die Verhältnisse, unter denen es geboren und auferzogen wird, von großer Bedeutung, im besonderen die Sorgfalt und Pflege, die ihm gewidmet werden kann, die Ehelichkeit der Geburt, die wirtschaftliche Lage, die Bildung und Beschäftigung der Eltern, die Wohnungs- und Reinlichkeitsverhältnisse usw. Es ist aber verständlich, daß alle diese Dinge schwer statistisch zu erkennen und zu verarbeiten sind.

Dr. Wolf-Hanau.

Die Bedeutung der Mütterberatungsstellen für Kleinkinder. Von Prof. Dr. Langstein. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1915, Nr. 11.

Aus der Praxis aller jener heraus, die Kleinkinderfürsorge treiben, kann der Verfasser erklären, daß der Erfolg, wie erwartet, ein ausgezeichneter ist. Daher sollte man unter den jetzigen Verhältnissen dafür sorgen, daß in der offenen Fürsorge der Weg von der Säuglingsfürsorge zur Kleinkinderfürsorge so schnell als möglich beschritten wird und daß die Säuglingsfürsorgestellen daß Programm der Kleinkinderfürsorge sich zu eigen machen.

Dr. Wolf-Hanau.

Säuglingsschutz und Reichswochenhilfe. Von E. Blaustein-Mannheim. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1915, H. 12.

---

[1]) Siehe das Referat über diese Abhandlung in Nr. 19 dieser Zeitschrift Jahrgang 1915, S. 593.

Der Verfasser berichtet über die seit dem 1. März geschaffene Organisation für die Reichswochenhilfe innerhalb der Abteilung für Wöchnerinnen und Säuglingsfürsorge. Dr. Wolf-Hanau.

Allgemeine Mutterschafts-Versicherung. Von Geheimrat Professor Dr. Meyer. Medizinische Reform; 1915, Nr. 25.

Die Wochenhilfe für Kriegerfrauen gewährt einen Beitrag zur Entbindung, ein Wochengeld, eine Beihilfe für Hebammendienste pp. und endlich ein Stillgeld für die Wöchnerinnen, die selbst stillen. Nebenbei aber müßte auch eine Krankenkassen-Wochenhilfe weiter bestehen, die zur besseren Vorernährung Beihilfen gewährte, die das Stillgeld länger zahlte, und die auch den Schwangeren, die nicht arbeitsfähig sind, eine Unterstützung gewährte. Oeffentliche Aufwendungen für die Wochenhilfe, die dem Staate die Geborenen erhalten, sind gewissermaßen Friedensversicherungs-Prämien.

Dr. Hoffmann-Berlin.

5. Jugendfürsorge.

Zehn Jahre Fürsorgearbeit. Medizinische Reform; 1915, Nr. 24.

Die deutsche Zentrale für Jugendfürsorge hat ihren Jahresbericht für 1913/1914 herausgegeben. Im Jahre 1913 wurden 4994 Fälle beraten, im Jahre 1914 7104. Die Kriegsarbeit ist eine erheblich größere. Die Jugendgerichtshöfe stellen fest, daß zu Anfang des Krieges ein auffallendes Sinken der Straffälligkeit eintrat, dem aber im weiteren Verlauf ein ebenso starkes Anschwellen der Kriminalität folgte. 1040 Jugendliche standen vor dem Gericht, von dennn nur 96 freigesprochen wurden. Die Einberufung der Väter und Vormünder zu den Fahnen hat doch eine größere Aufsichtslslosigkeit der jüngeren Kinder gezeitigt. Unter den verurteilten Jugendlichen waren 182 Halbwaisen, 23 Ganzweisen und 53 Kinder, deren Eltern getrennt leben. Der Krieg verlangt besondere Maßnahmen, es wurden Kriegs-Kindergärten, Kriegs-Mädchenheime eingerichtet, das Heilerziehungsheim für psychopatische Knaben mußte seinen Betrieb erweitern. Die deutsche Zentrale für Jugendfürsorge will allen an sie herantretenden Fragen praktisch begegnen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

6. Soziale Hygiene.

Einfluß des Krieges auf Ernährung und Gesundheit des deutschen Volkes. Von Prof. Dr. N. Zuntz-Berlin. Tierphysiol. Institut der Landwirtschaftlichen Hochschule. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 43 und 44.

Die Absperrung Deutschlands machte Maßnahmen erforderlich, um den Ausfall der im Frieden eingeführten Nahrungs- und Futtermittel auszugleichen. Dazu standen zwei Wege zur Verfügung, die auch beschritten wurden: 1. Die direkte Einsparung, 2. die Einschränkung der Umwandlung von Nahrungsmitteln in tierische Produkte. Es fragt sich nun, ob die vorhandenen Zustände genügen, unser Volk kräftig und gesund zu erhalten. In den letzten 50 Jahren hat sich der Fleischgenuß auf den Kopf verdoppelt, ohne daß man behaupten kann, die Menschen seien gesunder und leistungsfähiger geworden. Man braucht allerdings auch nicht so weit zu gehen, daß man sagt, der Fleischgenuß, wie er sich im Durchschnitt stellte, führe zu Schädigungen. Daß er bei sonst gut gewählter Nahrung gering sein kann, beweisen die Leistungen des Vegetariers. Eine erhebliche Beimengung tierischer Nahrung zu unserer Kost ist von großem Vorteil, aber keine Notwendigkeit; sie ist deswegen ein Vorteil, weil der Magendarmkanal dabei keine so großen Mengen zu verarbeiten braucht, was wieder der geringeren körperlichen Leistung entspricht. Auch ist eine kohlenhydratreiche Ernährung nicht so leicht schmackhaft zu gestalten; ebenso ist es vielen Menschen aus äußeren Gründen nicht möglich, zu Mittag zum Essen nach Hause zu gehen. Dem ist abzuhelfen dadurch, daß in den Kantinen schmackhafte Kost zur Verfügung gehalten wird. Was die Fettknappheit anbetrifft, es stehen höchstens auf den Kopf und Tag 40 g zu Gebote, so ist auch dies kein großer Schaden, da das Fett sich leicht durch Kohlenhydrate vertreten läßt; es gibt Völker, die täglich nicht mehr wie 6 bis 8 g Fett zu sich nehmen. 100 g Fett werden ersetzt durch 240 g Kohlenhydrate; auch hier sind in erster Linie die Kartoffeln zum Ersatz

bestimmt. Nach den Versuchen von Hindkede reichen Fett und Kartoffeln allein aus, Arbeitsfreudigkeit und Gesundheit für lange Zeit zu erhalten. Bei Kartoffelnahrung ist der Eiweißbedarf ganz besonders gering. Kriegsbrot ist daher unbedenklich. Durch die Einschränkung des Fleischgenusses, der reichlicheren Benutzung von Kartoffeln und der Verwendung von Kriegsbrot (kleiereiches) ist eine Schädigung nicht zu erwarten. Das kleiereichere Brot kann bei wenigen daran nicht Gewöhnten geringe Verdauungsstörungen verursachen. Dem Körper stehen 3 Mittel für die erforderliche Anpassung zur Verfügung: 1. Eine Anpassung im Drüsenapparat des Verdauungstraktus, 2. Reflexe auf die Darmmuskulatur, 3. die Bakterienflora des Darmes. Wenn sich Beschwerden infolge Kalkmangels geltend machen, empfiehlt es sich, Calziumkarbonat oder an Kalk reiche Stoffe (Milch, Käse) zu verabreichen. Ein gutes Vorbeugemittel gegen übermäßige Gärungsprozesse ist das gründliche Kauen der Nahrung. Sollte sich event. bei schwer Arbeitenden Abmagern einstellen, so muß der Arzt für geeignete Zuschüsse sorgen. Das auf den Kopf zur Verfügung stehende Mehlquantum muß nach Ermessen und Geschmack des einzelnen verabfolgt werden, damit die Angewöhnung an Mehlspeisen nicht eingeschränkt zu werden braucht.

Im zweiten Teil der Abhandlung stellt Z. sich auf den Standpunkt, daß die Grundlage unserer Nahrung unbedingt im Inlande erzeugt werden muß. Das läßt sich erreichen durch intensiveren Betrieb der Landwirtschaft mit heimischen Kräften. Die Verwirklichung dieses Problems hat der Verfasser in seinen interessanten Ausführungen näher beschrieben. Er wünscht es so zu lösen, daß dabei auch ein Gewinn an Gesundheit und Kraft für unsere Industriebevölkerung erzielt wird. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

7. Statistik.

Mord und Totschlag sowie Hinrichtungen in Preußen in den Jahren 1909 bis 1913. Im Jahre 1913 kamen in Preußen 871 (586 männliche und 285 weibliche) Personen durch Mord oder Totschlag ums Leben; ferner wurden 18 Hinrichtungen an Männern vollstreckt. In der folgenden, der „Stat. Korr.“ entnommenen Uebersicht wird die Zahl der in den Jahren 1909 bis 1913 durch Mord oder Totschlag in Preußen umgekommenen männlichen (m.) und weiblichen (w.) Personen auch nach dem Alter der Getöteten und nach der Art der Tötung nachgewiesen.

Gesamtzahl. — Alter. — Tötungsart.	Durch Mord oder Totschlag umgekommene Personen									
	1909		1910		1911		1912		1913	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Gesamtzahl[1])	583	274	548	230	491	243	518	269	586	285
Alter:										
bis 5 Jahre	120	110	112	86	116	85	89	103	124	105
über 5 bis 15 „	20	18	19	22	23	17	29	13	22	25
„ 15 Jahre	443	146	417	122	352	141	400	153	440	155
Tötungsart:										
erhängt	3	2	3	7	4	5	4	2	3	2
erwürgt	25	36	20	24	26	21	25	28	25	37
erstickt	38	33	35	26	23	27	22	29	40	26
ertränkt	29	30	34	24	35	24	30	31	30	38
erschossen	75	67	65	59	61	70	78	78	79	71
erstochen	202	23	183	18	162	26	169	21	179	23
Schnitt in den Hals	9	8	17	14	13	11	11	12	23	13
verbrannt	2	2	1	2	2	—	—	—	4	2
vergiftet	12	11	10	4	14	12	14	13	14	11
Sturz von Treppen usw.	4	—	3	2	1	—	5	2	7	1
erschlagen	154	36	129	26	114	31	127	37	147	39
sonstige Arten und ohne nähere Angabe	30	26	48	24	36	16	33	16	35	22

[1]) Ausschließlich der Hinrichtungen.

Von der Gesamtzahl der Getöteten wurde, wie schon in den Vorjahren, auch in den Berichtsjahren annähernd die Hälfte erstochen oder erschlagen, nämlich 1913: 388 von 871, 1912: 354 von 787, 1911: 333 von 734, 1910: 356 von 778, 1909: 415 von 857. Diese Zahlen am nächsten kommen für 1913 150 Tötungen durch Erschießen, 68 durch gewaltsames Ertränken, 66 durch Ersticken und 62 durch Erwürgen.

Nach der sozialen Stellung der Getöteten waren, wie in den Vorjahren, am stärksten beteiligt die Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Fabrikarbeiter usw. Dann folgen die Tagearbeiter, die Selbständigen im Besitz und Beruf und die Dienstboten.

Am meisten erlagen dem Mord und Totschlag wiederum erwachsene männliche Personen. Es starben auf diese gewaltsame Weise im Jahre 1913 von 100000 Lebenden des betr. Geschlechts

in der Provinz	männl.	weibl.	überh.
Westfalen	4,40	1,22	2,85
Westpreußen	3,40	0,91	2,18
Rheinprovinz	3,38	1,59	2,49
Pommern	3,28	0,80	2,02
Ostpreußen	3,25	0,94	2,07
(im Staatsdurchschnitt	2,94	1,35	2,13)
Posen	2,88	1,25	2,04
Brandenburg	2,84	2,11	2,47
Hohenzollern	2,83	—	1,88
Schlesien	2,66	1,51	2,07
Hessen-Nassau	2,50	1,02	1,74
Schleswig-Holstein	2,32	1,22	1,78
Berlin, Landespolizeibezirk	2,18	1,24	1,66
Sachsen	2,06	1,32	1,68
Hannover	1,96	1,33	1,65

Eine Uebersicht der Hinrichtungen für die Jahre 1909 bis 1913, nach Provinzen geordnet, ergibt, daß in diesem Jahrfünft in Schlesien die meisten Hinrichtungen vollzogen worden sind, und zwar an 21 Männern und 1 Frau. Größere Zahlen zeigen noch Brandenburg mit Hinrichtungen von 11 Männern, Ostpreußen mit Hinrichtungen von 9 Männern und 2 Frauen, Westfalen und die Rheinprovinz mit Hinrichtungen von je 9 Männern und Sachsen mit solchen von 8 Männern. Es wurden nämlich Personen hingerichtet

in der Provinz	in den Jahren 1909	1910	1911		1912		1913	zusammen	
	m.	m.	m.	w.	m.	w.	m.	m.	w.
Ostpreußen	2	2	3	1	1	1	1	9	2
Westpreußen	1	1	—	—	1	—	—	3	—
Brandenburg mit Berlin	2	2	4	—	—	—	3	11	—
Pommern	1	1	1	—	—	—	1	4	—
Posen	—	2	1	—	1	1	2	6	1
Schlesien	5	4	3	1	3	—	6	21	1
Sachsen	2	4	2	—	—	—	—	8	—
Schleswig-Holstein	1	2	—	—	—	—	2	5	—
Hannover	—	—	—	—	1	—	1	2	—
Westfalen	3	1	1	—	3	—	1	9	—
Hessen-Nassau	1	—	1	—	1	—	1	4	—
Rheinprovinz	1	3	1	—	4	—	—	9	—
im Staate	19	22	17	2	15	2	18	91	4

(Deutscher Reichs- u. Preuß. Staatsanzeiger, Nr. 308 vom 31. Dez. 1915.)

Besprechungen.

Die sanitäre Kriegsrüstung Deutschlands. Vierzehn Vorträge, gehalten in der Ausstellung für Verwundeten- und Krankenfürsorge im Kriege Berlin 1914-15. Berlin 1915. L. Oehmigkes Verlag (R. Appelius). 8°; 266 S., mit zahlreichen Abbildungen. Preis: geb. 5 M.

Die in dieser Sammlung vereinigten Vorträge sind während der Monate Dezember 1914 und Januar 1915 im Hauptsitzungssaale des Reichstagsgebäudes in Berlin gehalten worden, und zwar auf Veranlassung des Arbeitsausschusses der im Reichstagsgebäude damals veranstalteten Ausstellung für Verwundeten- und Krankenfürsorge im Kriege, die es sich zur Aufgabe gestellt hatte, weite Kreise der Bevölkerung in anschaulicher und eindringlicher Weise darüber zu belehren, was alles zur Versorgung unserer verwundeten und erkrankten Krieger, von der fechtenden Truppe bis zum Genesungsheim in der Heimat und darüber hinaus geschieht. Die Vortragsreihe ist vom Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner zusammengestellt und dabei der Zusammensetzung der Ausstellung und ihren einzelnen Abteilungen Rechnung getragen. Die Sammlung beginnt mit einem Vortrag über das Heeres-Sanitätswesen im Kriege von Generalarzt Dr. Paalzow (1); ihm folgen die Vorträge über Verwundetenfürsorge in der Marine von Marine-Generaloberarzt Dr. Weber (2), über freiwillige Krankenpflege von Prof. Dr. Kimmle (3), über die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege von Geh. Justizrat Prof. D. Dr. W. Kahl (4), über Mitwirkung der Frau in der Verwundeten- und Krankenfürsorge im Kriege von Frau Staatsminister von Boetticher (5), über Helferinnen von Generalarzt Dr. Körting (6), über die geschichtliche Entwicklung der Verwundetenfürsorge in Altertum, Mittelalter und neuerer Zeit von Dr. Eug. Holländer (7), über Ernährung des deutschen Volkes zur Kriegszeit von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. M. Rubner (8), über Verhütung und Bekämpfung der Kriegsseuchen von Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner (9), über moderne Krankenpflegetechnik von Dr. P. Jacobsohn (10), über Bevölkerungsbewegung und Krieg von Oberstabsarzt Dr. Schwiening (11), über die ethische und wirtschaftliche Bedeutung der Kriegskrüppelfürsorge und ihre Organisation im Zusammenhang mit der gesamten Kriegshilfe von Prof. Dr. K. Biesalski (12), über die zahnärztliche Fürsorge im Kriege von Prof. Dr. med. W. Dieck (13) und über unsere Kriegskrankenpflege in Belgien von Dr. Mamlock (14).

Sämtliche Vorträge gehen weit über ihre ursprünglich gestellte Aufgabe, eine Erläuterung und Ergänzung der Ausstellungsdarbietungen zu geben, hinaus und zeichnen sich nicht nur durch eine vollendete Form, sondern auch durch ihren bedeutungsvollen, den Vortragsgegenstand völlig erschöpfenden Inhalt aus. Man kann daher den Arbeitsausschuß nur dankbar sein, daß er durch ihre Drucklegung und Herausgabe diese wertvollen Zeugnisse für die Kriegsfürsorgearbeit während des gewaltigen Ringens um des Deutschen Reiches Größe und Zukunft auch weiteren Leserkreisen zugänglich gemacht hat.

Rpd.

Fischers Kalender für Mediziner nebst Rezepttaschenbuch. Herausgegeben von Dr. J. Bierbach-Heidelberg. 27. Jahrgang 1915/16. Berlin 1916. 12°; 425 Seiten. Preis: 2 M.

Der im vorigen Jahre des Krieges wegen nicht herausgegebene Kalender ist jetzt für beide Jahre 1915/16 erschienen. Die Anordnung des Stoffes hat gegen füher keine Aenderung erfahren, der Inhalt der einzelnen Abhandlungen, namentlich des für die Praxis sehr brauchbaren medizinisch-therapeutischen Taschenbuches, aber einer gründlichen Durchsicht unterzogen und vielfach ergänzt. Dem Notizkalender ist in Form von 4 handlichen Beiheften für jedes Vierteljahr beigegeben.

Rpd.

Dr. Orlowski: Hausarztkalender. Verlag von C. Kabitzsch-Würzburg. Preis: 1 M.

An Stelle des Begründers und bisherigen Herausgebers des Hausarztkalenders Dr. Dessauer-München, der auf dem Felde der Ehre gefallen ist, hat Dr. Orlowski die Neubearbeitung des Kalenders übernommen und sich mit bestem Erfolge bemüht, diesen im Geiste seines Begründers fortzusetzen. Die dem Kalender beigefügten fünf Merkblätter über Zahnpflege, künstliche Atmung, chirurgische Nothilfe auf Reisen und Ausflügen, Maßnahmen bei innerlichen Erkrankungen und Frühsymptome der Lungentuberkulose sind zwar

unverändert beibehalten, dagegen haben die übrigen, jedem Wochenblatt beigefügten kurzen Abhandlungen manche, den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung tragende Verbesserung erhalten. Rpd.

Deutscher Hebammenkalender 1916; 28. Jahrgang. Berlin 1915. Verlag von Elwin Staude. Preis: 1 Mark.

Die Verteuerung der gesamten Herstellungsarbeiten infolge des Krieges haben veranlaßt, den Umfang des Hebammenkalenders gegen früher etwas einzuschränken, um den bisherigen, allerdings sehr mäßigen Preis von 1 Mark beibehalten zu können. Durch die Beschränkung des Umfangs hat aber an sich die Brauchbarkeit des Kalenders keinen Schaden erlitten; vielleicht empfiehlt es sich bei späteren Ausgaben, auch das 60 Seiten umfassende Tagebuch im Kalender selbst fortzulassen und es als Beiheft beizugeben, wodurch der Kalender noch handlicher wird. An Abhandlungen bringt der Hebammenkalender diesmal nur eine solche von der Herausgeberin Frau Olga Gebauer: über die Pflichten der Hebamme nach dem Kriege und über die Verwertung ihrer im Kriege für ihren Beruf gesammelten Erfahrungen. Mit Recht wird hier hervorgehoben, daß es eine der wichtigsten Aufgaben der Hebammen sei, dafür zu sorgen, daß jede Mutter ihr Kind selbst stillt, damit dieses am Leben erhalten bleibt und gesund groß gezogen wird. Den Hebammen erwächst aber gerade jetzt eine nicht minder wichtige Aufgabe, das ist die Bekämpfung des Geburtenrückganges, namentlich der gewollten Kinderlosigkeit; hier kann ihre Mitwirkung recht großen Segen stiften, vorausgesetzt, daß sie in verständnisvoller und geschickter Weise geschieht. Deshalb dürfte es sich vielleicht empfehlen, im nächsten Hebammenkalender eine Abhandlung zu bringen, in der diese für die Allgemeinheit so bedeutungsvolle Frage von berufener Hand erörtert wird. Rpd.

Tagesnachrichten.

Das preußische Medizinalwesen im Staatshaushaltsetat 1916/17. Der neue Etat bringt ebenso wie im Vorjahre mit Rücksicht auf den Krieg fast gar keine Aenderungen: Eine Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen hat diesmal gar nicht stattgefunden. Von den sonstigen ordentlichen Ausgaben ist der Betrag für Reisekosten wiederum niedriger eingestellt; eine Kürzung der Reisepauschalvergütungen der Reg.- und Med.-Räte und Kreisärzte soll aber nicht stattfinden, da genügend Ersparnisse aus den Vorjahren vorhanden sind, um den bisherigen Betrag (865000 M.) zu decken.

Die einmaligen und außerordentlichen Ausgaben sind in dem vorliegenden Etat selbstverständlich auch möglichst niedrig bemessen. Es fehlt z. B. wiederum ein Betrag für Fortbildungskurse der Medizinalbeamten; desgleichen sind für deren Teilnahme an der Ausbildung der Desinfektoren ebenfalls nur 1000 M. wie im Vorjahre vorgesehen. Auch die Beträge für die Granulose- und Typhusbekämpfung sowie für Anstellung von Untersuchungen über den Schutzpocken-Impfstoff sind geringer, da der Mehrbedarf aus Ersparnissen aus dem Vorjahre gedeckt werden kann.

A. Dauernde Ausgaben.

1. Besoldung von 39 Mitgliedern (mit 600—1200 M.) und 36 Assessoren (mit 600—1050 M.) der Provinzialmedizinalkollegien . . . . 59 850,— M.

   Besoldung von 37 Regierungs- und Medizinalräten mit 4200—7200 M. 244 800,— „

   Außerdem für 13 Regierungs- und Medizinalräte pensionsfähige Zulagen von 600 Mark . . . . 7 800,— „

   Vermerk: Die Regierungs- und Medizinalräte und die Direktoren der hygienischen Institute in Beuthen und Saarbrücken erhalten bis zu einem Drittel der Gesamtzahl der etatsmäßigen Stellen je 600 M. pensionsfähige Zulage.

   Besoldung von 7 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Potsdam,

Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf, sowie bei dem Polizeipräsidium in Berlin (mit 3000—7200 M.) . . . . . 31 200,— M.[1])

2. Besoldung von 73 vollbesoldeten Kreisärzten (3000—7200 M.), 447 nicht vollbesoldeten Kreisärzten, darunter 18 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte, mit mindestens 2100, höchstens 3900 M., im Durchschnitt 3000 M., sowie für sonstige Besoldungen . . . . 1 789 371,— „ [2])
3. Wohnungsgeldzuschüsse . . . . 109 400,— „
4. Remunerierung von 36 Kreisassistenzärzten und von Hilfsarbeitern im Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien sowie zu Beihilfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Gemeindeärzte . . . . 77 550,— „
5. Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreisärzte, einschließlich der Gerichtsärzte . . . . 208 650,— „

5a. Entschädigungen an die vor dem 1. April 1908 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte für den Fortfall der Fuhrkostenentschädigung und der übrigen ihnen bisher zugeflossenen Gebühren für Dienstgeschäfte . . . . , . 5 000,— „

6. Geschäftsbedürfnisse der Provinzial - Medizinalkollegien (320 M.), Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräte in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.- und Medizinalräten und von als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen beschäftigten vollbesoldeten Kreisärzten (3000 M.), Remunerationen für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten gelieferten Arzneien (3500 M.), Dienstaufwandsentschädigungen für die vollbesoldeten Kreisärzte bis zu 1150 M., im Durchschnitt 900 M., für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte einschl. der Gerichtsärzte bis zu 900 M., im Durchschnitt 400 M. (245 500 M.), nicht abgelöste Postporto- und Gebührenbeträge, einschließl. Fernsprech-, Telegramm- und sonstige Frachtgebühren für dienstliche Sendungen der Kreisärzte (380 M.) sowie Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial - Medizinalkollegien, Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die psychiatrischen Mitglieder der Besuchskommissionen für die Beaufsichtigung der Privat - Irren- usw. Anstalten und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beirats für das Apothekenwesen (14 050 M.) . . . . 269 150,— „
7. Beihilfen zum Studium medizinal - technischer wichtiger Einrichtungen und Vorgänge . . . . 3 000,— „
8. Reisekostenpauschvergütungen der Medizinalbeamten, darunter 465 000 M. für Reisepauschvergütungen und 5000 M. für Gebühren der Kreismedizinalbeamten für die im dienstlichen Interesse vorzunehmende Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten, ausschließlich derjenigen der Königl. Polizeiverwaltungen, jedoch einschließlich der Bauverwaltungen, sowie 105 000 M. für Reisekosten der Regierungs- und Medizinalräte . . . . 475 000,— „ [3])

---

[1]) Mehr: 1800 M. nach Maßgabe und Dienstalter der vollbesoldeten Kreisärzte.

[2]) Mehr: 7800 M., weil hier jetzt noch die Besoldung für den Leiter und Lehrer der Hebammenlehranstalt in der Charité und für 7 Aerzte der französischen Kolonien angestellt sind.

[3]) Weniger: 100 000 M., da aus den Vorjahren so viel Ersparnisse vorhanden sind, daß ebenso wie in den Vorjahren 865 000 M. zur Bestreitung der Reisekostenpauschvergütungen der Kreismedizinalbeamten zur Verfügung stehen.

9. u. 10.	Remunerierung der Mitglieder und Beamten der Kommissionen für die Staatsprüfung der Aerzte, Zahnärzte, Apotheker, Kreisärzte und Nahrungsmittelchemiker . . .	106 000,— M.
11.	Institut für Infektionskrankheiten	264 211,— „ [4]
12.	Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin	205 880,— „ [5]
13.	Bad Bertrich	76 870,— „ [6]
14.	Hygienisches Institut in Posen	77 500,— „ [7]
15.	Hygienisches Institut in Beuthen (Oberschl.)	48 630,— „ [8]
16.	Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken	87 070,— „ [9]
17.	Medizinal-Untersuchungsämter (11 vollbesoldete Kreisärzte (in Gumbinnen, Danzig, Potsdam, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Koblenz und Düsseldorf), 11 Kreisassistenzärzte als Assistenten dieser Aemter und 2 Kreisassistenzärzte als Leiter der Untersuchungsstellen in Bromberg und Sigmaringen	193 470,— „ [10]
18.	Zuschüsse für einige Krankenanstalten	5 610,— „
19. u. 20.	Impfwesen (Remunerierung der Vorsteher, Assistenten, Tierärzte, sächliche Ausgaben, Impfprämien usw.) . . .	107 981,— „
21.	Kosten der amtlichen Apothekenbesichtigungen durch die hierzu Bevollmächtigten	57 500,— „
22. u. 23.	Unterstützungen für aktive Medizinalbeamte (7500 M.), für ausgeschiedene Medizinalbeamte sowie für Witwen und Waisen von Medizinalbeamten (60 000 M.)	67 500,— „
23 a.	Unterstützungen für die auf Grund des § 15 des Kreisarztgesetzes auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten (künftig wegfallend)	15 000,— „
24.	Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimat, sowie für arme Kranke	900,— „
25.	Für medizinalpolizeiliche Zwecke, einschließlich 8000 M. zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeilichen Kontrolle behufs Abwehr der Choleragefahr und 25 987 M. für das Lepraheim im Kreise Memel	284 700,— „
26.	Hafen- und Schiffsüberwachung einschließlich der Quarantäneanstalten	55 280,— „
27.	Ausführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	100 000,— „
28.	Unterstützung des Bezirkshebammenwesens	100 000,— „
29.	Verschiedene andere Ausgaben (Zuschuß für Aerzte auf verschiedenen Ost- und Nordseeinseln, Beihilfe zu Fortbildungskurse für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker (28 000 Mark) usw.	48 837,— „ [11]
30.	Umzugskosten	27 000,— „
	Zusammen:	5 160 710,— M.
	Im Vorjahre:	5 244 423,— „
	Danach weniger:	83 713,— M.

B. Einmalige und ausserordentliche Ausgaben.

a) 1000 M. zur Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren (im Vorjahre 1000 M.).[12]

---

[4] Mehr: 4740 M.
[5] Mehr: 2400 M.
[6] Mehr: 300 M.
[7] Mehr: 1320 M.
[8] Mehr: 300 M.
[9] Weniger: 1750 M.
[10] Mehr: 600 M.
[11] Weniger: 1343 M.
[12] Der Mehrbedarf wird aus vorhandenen Ersparnissen gedeckt.

b) 17000 M. zur Unterhaltung eines Laboratoriums der Versuchs- und Prüfungskommission für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung für die Zwecke der Mainwasseruntersuchung in Wiesbaden (wie im Vorjahre).
c) 1000 Mark Zuschuß zwecks Anstellung von Untersuchungen über den Schutzpocken-Impfstoff bei dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin (im Vorjahre: 20000 M.).[13])
d) Bekämpfung der Granulose 1000 M. (im Vorjahre: 30000 M.)[13]).
e) Bekämpfung des Typhus im Regierungsbezirk Trier 51000 M. (im Vorjahre 56000 M.).[13])
f) 10000 M. zu Beihilfen zur Krebsforschung.
g) 1000 M. zu Beihilfen zur Anstellung von Weinkontrolleuren im Hauptberufe behufs Durchführung des Weingesetzes vom 7. April 1909 — R. G. Bl. S. 393 (im Vorjahre: 17700 M.)[13])
h) **Ankauf** eines Grundstückes in Bad Bertrich: 65000 M.

Zusammen:	153000,— M.
Im Vorjahre:	106000,— „
Demnach mehr:	47000,— M.

Durch Min.-Erlaß vom 31. Dezember v. J. (s. die Beilage zur heutigen Nummer, S. 10) ist in **Preußen** die Erstattung eines **Gesundheitsberichts** für die beiden vorhergehenden Jahre 1914 und 1915 angeordnet. Hierzu können die bisher gebräuchlichen, von der Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns herausgegebenen Formulare ohne weiteres benutzt werden; es ist dabei nur folgendes zu beachten:

1. In den Tabellen sind die Zahlen, soweit sie für jedes der beiden Jahre angegeben werden, für 1914 in schwarzer, für 1915 in farbiger Tinte, untereinander einzutragen.

2. In den Nachweisungen über Wasserleitungen, Abwässerbeseitigung, Krankenanstalten usw. ist der Stand am Ende des Jahres 1915 anzugeben und, soweit erforderlich, mit dem von Ende 1913 zu vergleichen.

3. Der Einfluß des Krieges auf die verschiedenen Gebiete der Gesundheitspflege wird bei den zutreffenden Abschnitten des Berichts darzustellen sein, z. B. Aenderungen der Erkrankungs- und Sterblichkeitsverhältnisse, Verschleppung übertragbarer Krankheiten durch aus dem Felde kommende Soldaten oder Kriegsgefangene, Mangel an Krankenhausbetten wegen Einrichtung von Barackenanstalten als Lazarette, Ernährungsverhältnisse, Aerzte- und Apothekenmangel usw.

4 Da die Berichte auf die wichtigsten Mitteilungen beschränkt werden sollen, so können auch manche auf den Vordrucken angegebenen Tabellen, z. B. Zusammenstellung der an den einzelnen übertragbaren Krankheiten Erkrankten nach Altersklassen usw. unausgefüllt bleiben.

5. Hinzugefügt sind mit Rücksicht auf die sonst während des Krieges gemachten Beobachtungen drei neue Blätter und zwar:
37 a. Nahrungsmittelfürsorge während des Krieges,
61 a. Kriegsbeschädigtenfürsorge und
62 a. Tätigkeit der Vereine vom Roten Kreuz und der Vaterländischen Frauenvereine.

Denjenigen Medizinalbeamten, die bereits das Formular bezogen haben, werden diese neuen Blätter auf Verlangen unentgeltlich nachgeliefert.

Nach dem Erlaß des preußischen Kriegsministeriums vom 21. Dezember v. J. ist den beim Feldheer **vertraglich verpflichteten Zivilärzten**, die nach ihrem Vertrag bei längerer Dienstbehinderung durch Krankheit keinen Anspruch auf die vertragliche Vergütung haben (§ 16 des BGB), in solchen Fällen vom ersten Tage der Behinderung ab für deren Dauer ein Tagegeld von 18 M. zu zahlen, solange der Vertrag besteht, Bei Dienstbehinderung durch Krankheit von verhältnismäßig kurzer Dauer, d. i. bis zu 14 Tagen, wird die vertragliche Vergütung weitergezahlt.

---

[13]) Der Mehrbedarf wird aus vorhandenen Ersparnissen gedeckt.

Eine gleiche Bestimmung ist vom bayerischen Kriegsministerium unter dem 29. Dezember v. J. getroffen.

Ein neuer bayerischer Kriegsorden. König Ludwig von Bayern hat zu seinem Geburtstage einen neuen Kriegsorden, das „König-Ludwig-Kreuz“ gestiftet, der als Zeichen ehrender und dankbarer Anerkennung für solche Personen bestimmt ist, die sich während dieses Krieges durch dienstliche oder freiwillige Tätigkeit in der Heimat besondere Verdienste um das Heer oder um die allgemeine Wohlfahrt des Landes erworben haben. An Personen, die aus Anlaß dieses Krieges bereits eine bayerische Kriegsauszeichnung erhalten haben, wird das König-Ludwig-Kreuz nicht verliehen; im Falle der späteren Verleihung einer bayerischen Kriegsauszeichnung ist das König-Ludwig-Kreuz abzulegen. Das von Prof. Blecker-München entworfene Ordenszeichen ist ein schwarzes Kreuz aus Bronze, dessen eirundes Mittelstück auf der Vorderseite das Bildnis des Königs und auf der Rückseite in einem Rautenschild die Angabe des Stiftungstages trägt.

Todesfälle. Am 12. d. M. ist das älteste Mitglied des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins, Geh. San.-Rat Dr. **J. P. W. Wallichs** in Altona nach kurzer Krankheit im 87. Lebensjahre sanft entschlafen. Vor einigen Jahren war es ihm noch vergönnt, sein 60jähriges Doktorjubiläum in seltener körperlicher wie geistiger Frische zu feiern; unserer damaliger Wunsch, daß er noch recht viele Jahre seiner Familie und seinen überaus zahlreichen Freunden erhalten bleiben möge, ist aber leider nicht in Erfüllung gegangen, nur eine große Gnade ist ihm auch in seinen letzten Lebensjahren zuteil geworden: die Erhaltung der geistigen Frische bis zum letzten Lebenshauche. Mit ihm ist nicht nur das älteste Mitglied und ein Mitbegründer des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, sondern auch ein langjähriges Vorstandsmitglied dieses Vereins aus dem Leben geschieden, das sich um dessen Entwicklung und Gedeihen ganz außerordentliche Verdienste erworben und auch sonst zu den tatkräftigsten und erfolgreichsten Vorkämpfern auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens in seinem engeren und weiteren Vaterlande gehört hat. Mit den Medizinalbeamten steht die ganze deutsche Aerzteschaft schmerzerfüllt an seiner Bahre; denn viele Jahre ist er als Mitglied des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereins (1876—1906) sowie als Schriftleiter des Aerztlichen Vereinsblattes (1887—1901) den Aerzten ein treuer Berater gewesen, der sich bei allen seinen Kollegen infolge seiner reichen Kenntnisse und Erfahrungen, seines vornehmen und liebenswürdigen Wesens der größten Hochachtung und Beliebtheit erfreute. Sein Andenken wird daher allzeit in hohen Ehren gehalten werden!

Am 29. v. Mts. ist Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Fränken**, bis vor kurzem Direktor des hygienischen Instituts in Halle a. S., im Alter von 54 Jahren nach langem Leiden in Hamburg gestorben. Der Verstorbene war einer der hervorragendsten Schüler von Robert Koch, der es verstanden hat, die Forschungsergebnisse und Lehren der Wissenschaften für die praktische Hygiene nutzbar zu machen. Unterstützt wurde er durch eine glänzende Rednergabe, die ihn besonders befähigte, auch Nichtmedizinern selbst schwierigere oder langweiligere Fragen leicht verständlich und fesselnd darzustellen. Außerordentlich groß ist deshalb die Zahl derer, die als Schüler, Kursusteilnehmer usw. zu seinen Füßen gesessen haben, seinem Vortrage mit großer Aufmerksamkeit gefolgt sind und sich dieser Zeit sicher stets mit großer Dankbarkeit erinnern werden. Aber auch sonst hat der Verstorbene einen segensreichen Einfluß auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege ausgeübt. Sein Andenken wird deshalb namentlich bei den Medizinalbeamten unvergessen bleiben!

Am 7. Februar d. J. findet im Plenarsitzungssaal des Reichstags in Berlin eine **außerordentliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V.** statt. Beginn: vormittags 10 Uhr. Vorläufige Vortragsfolge: 1. Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin:

Eröffnungsansprache. 2. Prof. Dr. K. Biesalski-Berlin: Ein Jahr Kriegskrüppelfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Tätigkeit. 3. Generalarzt Dr. Schultzen-Berlin: Die stationären und ambulanten Fürsorgeeinrichtungen für Kriegsbeschädigte in Deutschland. 4. Oberstabsarzt Prof. Dr. Spitzy-Wien: Die Anordnung und Organisation des Wiener orthopädischen Spitals und der Invalidenschule. 5. Pastor Hoppe-Nowawes: Die Friedenskrüppelheime als Grundlage für die gleichartige Fürsorge der Kriegsverletzten. 6. Prof. Riedinger-Würzburg: Die Werkstätte als Heilmittel, Vorbereitung und Ausbildung. 7. Uebungsschulen für Hirnverletzte. Zum Referat ist aufgefordert: Prof. Goldstein-Frankfurt a. M. 8. Erziehungsdirektor Würtz-Zehlendorf: Handübungsschulen. 9. Gewerbeschullehrer Schlosser-Halle und Prof. Dr. Koepert-Dresden: a) Einarmer in der Schule, insbesondere das Schreiben mit der linken Hand. — b) Bedeutung einarmiger Lehrmeister für Einarmigenschulen. 10. Ministerialdirektor Dr. Dönhoff-Berlin: Fortbildungsschule und Gewerbeschule im Dienst der Kriegskrüppelfürsorge (Baugewerbeschule). 11. Landesökonomierat Meyer-Bode-Nürnberg: Die landwirtschaftliche Ausbildung. 12. Kommerzienrat Kraiss-Stuttgart: Die geeignetsten Ausbildungverfahren für die verschiedenen Erwerbsmöglichkeiten der einzelnen Verletzungen. 13. Zeicheninspektor Möhring-Nürnberg: Lazarett, Erwerbsschule und Berufsberatung als organisches Ganze. 14. Architekt Prof. Hugo Eberhardt-Offenbach: Die Bedeutung der Qualitätsarbeit für die Beschäftigung und den gewerblichen Unterricht. (Heimatkunst, Volkskunst, Heimarbeit.)

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten **das Eiserne Kreuz I. Klasse:**
Generalarzt Dr. Johannes-Saarbrücken.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ed. Reiß, Privatdozent in Tübingen.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Stabsarzt d. L. Dr. Ascher, Kreisarzt in Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Buchholtz, Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamtes in Berlin.
Oberstabsarzt d. Res. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Händel, Direktor im Kaiserl. Gesundheitsamt in Berlin.
Reg.-Rat Dr. Hamel, Mitglied im Kaiserl. Gesundheitsamt in Berlin, Delegierter des Kaiserl. Kommissars für freiwillige Krankenpflege.
Stabsarzt d. Res. Dr. Klok, wissenschaftlicher Hilfsarbeiter im Kaiserl. Gesundheitsamts in Berlin.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Lange, Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamtes in Berlin.
Stabsarzt d. L. Dr. Mangelsdorf, Kreisassistenzarzt des Stadt- und Landkreises Stolp.
Kriegsfreiwilliger Arzt beim Kriegslazarett Abt. 131 in Rußland, San.-Rat Dr. Podlewski, Kreiswundarzt a. D., Berlin-Schöneberg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Roos, wissenschaftlicher Hilfsarbeiter im Kaiserl. Gesundheitsamte in Berlin.

Das Eiserne Kreuz am schwarz-weißen Bande:
Geh. Med.-Rat Dr. Behrend, Kreisarzt in Kolberg.

Außerdem haben erhalten: Das Königl. Sächsische Kriegsverdienstkreuz: Med.-Rat Dr. Petzholdt, Bezirksarzt in Pirna; — das

---

[1]) In Bezug auf die Ehrentafel muß sich die Redaktion darauf beschränken, nur diejenigen Auszeichnungen zu bringen, die Medizinalbeamten und Mitglieder der Medizinalbeamtenvereine betreffen. Nur die Verleihungen des Eisernen Kreuzes I. Klasse werden auch weiterhin vollständig gebracht werden, ebenso die Namen der auf dem Felde der Ehre gefallenen oder gestorbenen Aerzte. Die Mitteilungen werden sich jedoch auch ferner auf die im Felde stehenden Söhne der Medizinalbeamten usw. erstrecken, soweit sie der Redaktion bekannt geworden sind; **sie ist deshalb für die Zusendung solcher Mitteilungen sehr dankbar.**

Königl. Württembergische Wilhelmskreuz mit Schwertern: Generaloberarzt d. L. und sachverständiger Beirat Medizinaldirektor Dr. v. Rembold in Stuttgart; — das Ritterkreuz II. Klasse des Sachsen-Ernestineschen Hausordens: Polizeiarzt Dr. Steudemann in München; — das Ritterkreuz II. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtsordens mit Schwertern: Assistenzarzt d. Res. Dr. Petzholdt, Sohn des Med.-Rats Dr. Petzholdt, Bezirksarzt in Pirna.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Oberarzt d. L. Dr. Frank.
Geh. Med.-Rat Dr Prof. Dr. Friedrich-Königsberg i. Pr.
Abteilungsarzt Dr. Adolf Giesebrecht-Schmolsin (Reg.-Bez. Köslin).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Hacker, Assistenzarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen.
Unterarzt d. Res. Hahn.
Feldunterarzt W. Jacoby-Berlin.
Stabsarzt d. L. Dr. Hugo Ladenburger-Mannheim.
Feldunterarzt Otto Lauer-Wiesbaden (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. L. Dr. Leefheim-Bremen.
Assistenzarzt Dr. Paul Lindner-Danzig.
Stabsarzt d. L. Dr. Otto Loose-Berlin.
Stabsarzt d. L. Dr. Arthur Rosenberg-Berlin.
Assistenzarzt d. L. Dr. K. Schloß-Frankfurt a. M.

Cholera. Im Deutschen Reich sind Choleraerkrankungen auch weiterhin nicht mehr vorgekommen; in Oesterreich betrug ihre Zahl (und die der Todesfälle) vom 28. Nov. bis 11. Dez. v. J.: 10 (3) und 33 (9), davon 7 (3) und 32 (9) in Galizien, in Ungarn vom 29. Nov. bis 12. Dez. v. J.: 37 (19) und 72 (42), außerdem vom 18. Nov. bis 10. Dez. v. J. 675 (276) in einem Gefangenenlager im Komitat Temes unter den dort untergebrachten Gefangenen; in Kroatien und Slavonien vom 20. Nov. bis 13. Dez. v. J.: 29 (11) u. 20 (18).

An **Fleckfieber** ist im Deutschen Reich vom 26. Dez. v. J. bis 1. Jan. d. J. nur eine Erkrankung gemeldet.

Pocken-Erkrankungen sind im Deutschen Reich in der Woche vom 26. Dez. v. J. bis 8. Jan. d. J. nur 1 (—) und 3 (—) beobachtet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 12. bis 25. Dezember 1915 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Tollwut, Rotz, Aussatz: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 10 (—), 4 (—); Milzbrand: — (1), — (—); Pocken: 8 (1), 3 (—); Unterleibstyphus: 328 (27), 155 (24); Ruhr: 76 (6), 38 (4); Diphtherie: 3717 (278), 3421 (285); Scharlach: 2752 (121), 2311 (123); Kindbettfieber: 91 (28), 55 (16); Genickstarre: 9 (6), 5 (1); spinaler Kinderlähmung: 1 (1), 3 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 9 (—), 3 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 38, 38; Tuberkulose (gestorben): 654, 660.

Mitteilung. Das **Inhaltsverzeichnis** für den letzten Jahrgang dieser Zeitschrift wird infolge des durch den Krieg stark verminderten Setzerpersonals der Druckerei erst der Nr. 3 beigefügt werden.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 3. Ausgegeben am 5. Febuar 19

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 3.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Kronenorden II. Klasse: dem Generalarzt d. Res. im Landwehrbezirk V Berlin, Geh. Med.-Rat Dr. Hildebrand, ordentl. Professor an der Universität Berlin.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Müller, Kreisarzt a. D. in Konitz.

Der heutigen Nummer der Zeitschrift ist das **Inhaltsverzeichnis für das Jahr 1915** beigefügt, worauf besonders hingewiesen wird.

29. Jahrg. | 1916

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. k. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 3.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Febr.

Tod durch Ueberfahren mittels Autos?

Von Kreisarzt Dr. **Löer**, Paderborn.

Am 6. Januar 1914 wurde in einem kleinen Fichtenwäldchen, das unmittelbar an die von S. nach L. führende Landstraße grenzt, von einem Jäger die Leiche eines unbekannten Mannes gefunden. Die Leiche lag, 35 m abseits der Landstraße, auf dem Gesichte, den Kopf etwas nach der Seite gewandt. Das Gesicht war mit Blut besudelt, unter dem linken Auge nahe der Nase fand sich eine runde, tiefe Wunde mit einem schmalen Seitenriß, auch am Hinterkopf fanden sich einige Verletzungen. Bei der Leiche wurde eine leere $^1/_2$ Literflasche (Schnaps), ferner ein Kasten mit Kautabak, eine Streichholzschachtel, eine Börse mit zwei 5-Pfennigstücken und die Fetzen eines Briefes vorgefunden, aus dessen Aufschrift die Leiche als die des am 1. Juni 1865 geborenen J. M. aus D. festgestellt wurde. M. war ein wegen Wilddieberei, Sittlichkeitsverbrechen und Bedrohung mit $^5/_4$ Jahren Zuchthaus vorbestrafter Mensch, der in der letzten Zeit sich in M. mit Korbmacherei beschäftigt hatte.

An der Fundstelle waren Blut- oder Fußspuren nicht zu sehen; auch wurden weder eine Waffe, noch ein sonstiger Gegenstand gefunden; auch eine Kopfbedeckung fehlte.

Der zur gerichtlichen Leichenschau zugezogene Arzt Dr. W. erhob folgenden Befund:

In der Umgebung des linken Nasenloches war die Haut blutig verfärbt und z. T. fetzig zerrissen. Die Untersuchung des Nasenloches ergab eine Zertrümmerung des Knorpels. 4 cm hinter dem rechten Ohr, 5—6 cm oberhalb des Warzenfortsatzes fand sich ebenfalls eine Wunde (rundlich)."

Sein Gutachten lautete:

Meiner Meinung nach handelt es sich um eine Schußverletzung. Der Schußkanal verläuft von der oben bezeichneten Stelle hinter dem Ohr zum Gesicht zum linken Nasenloch. Verbrennung der Haut oder Haare wurde nicht festgestellt. Im übrigen wies der Körper keine Verletzungen auf.

Die am 9. Januar 1914 vorgenommene Leichenöffnung ergab folgende bemerkenswerte Befunde:

A. Aeußere Besichtigung.

1. Die Leiche des etwa 45—50 Jahre alten Mannes ist 152 cm lang, der Körperbau ist mittelkräftig, Ernährungszustand mittelmäßig, Muskulatur gut.

3. Das Gesicht ist durch Fichtennadeln, vereinzelte Borken von Fichtenrinde und etwas schwärzliche Erde ziemlich gleichmäßig beschmutzt, besonders auf der rechten Gesichtshälfte. An der rechten Stirnhälfte unterhalb der Haargrenze, 4 cm oberhalb der rechten Augenbraue, befindet sich eine mehr bräunlich gefärbte Hautstelle von unregelmäßiger Gestalt und 3 zu 3 cm Größe, an der die Oberhaut fehlt. Eingeschnitten zeigt sich ein freier Bluterguß im Gewebe.

Am Nasenrücken, an der Nasenspitze beginnend und bis ungefähr zur Mitte des Nasenrückens reichend, fehlt die Haut in einer Länge von 2 cm und einer Breite von 1½ cm. Die Ränder des Defekts sind unregelmäßig wie zerfressen; das freiliegende Unterhautgewebe ist ebenfalls mit schwärzlichem Schmutz und einzelnen Fichtennadeln bedeckt. Die erhaltenen Hautränder zeigen keine blutige Durchtränkung. Links von diesem Hautdefekt fehlt die Haut und zum Teil das Unterhautgewebe bis auf den seitlichen Nasenknorpel in einer Ausdehnung von 8 cm Länge und teils 1, teils 2 cm Breite. Dieser Defekt ist von dem vorgenannten durch eine Hautbrücke getrennt, die im unteren Teile der Nase 1—2 mm, in der Mitte der Nase 2 cm breit ist. Der Defekt greift in einem nach oben gerichteten Bogen, fast parallel dem unteren Augenlid verlaufend, auf die linke Wange über und endet 2½ cm oberhalb des linken Mundwinkels. Seine Ränder und sein Grund zeigen dieselbe Beschaffenheit, wie bei dem ersten Hautdefekt am Nasenrücken beschrieben. An dem äußersten Ende des Defekts befindet sich, ½ cm von ihm entfernt, auf der linken Wange eine bräunliche Hautverfärbung von rundlicher Gestalt, mit einem Durchmesser von 0,5 cm. An dieser Stelle ist die Oberhaut entfernt, die Ränder sind zackig; eingeschnitten zeigt sich kein Bluterguß.

Nach Abwaschen des Gesichts werden weitere Verletzungen nicht gefunden. In der rechten Ohrmuschel befindet sich eine dünne Schicht hellroten Blutes, die auch in den äußeren Gehörgang reicht, soweit dieser zu übersehen ist. Am Rande der rechten Ohrmuschel ist die Haut im oberen Teile blaurot gefärbt, an 3 Stellen von Klein Erbsen- bis Linsen-Größe ist die Oberhaut abgehoben, haftet aber noch an den Rändern fest. Eingeschnitten findet sich unter dieser Partie ein kleiner flächenhafter Bluterguß. An der Rückfläche der Ohrmuschel fehlt die Oberhaut in Form eines Dreiecks, dessen Längsseite 3 cm lang und dessen nach dem Ohransatz gerichtete Spitze 2½ cm von dem Rande der Ohrmuschel entfernt ist. Die Ränder sind unregelmäßig zackig, ähnlich den vorhin auf der Nase und der Wange beschriebenen Defekten. Die gleiche Beschaffenheit zeigt die freiliegende Lederhaut, auch hier sind die Ränder nicht blutig durchtränkt.

Auf dem mit etwa 3—4 cm langen, ziemlich dichten dunkelblonden Haaren bedeckten Schädel ist die Haut in der Gegend des rechten Scheitel-

höckers mit einer dünnen Schicht eingetrockneten Blutes besudelt, die sich fast über die ganze rechte hintere Kopfhälfte erstreckt. Nach Abwaschen dieser Schicht und Entfernung der Haare zeigt sich auf dem rechten Scheitelhöcker 7 cm oberhalb des Ohransatzes, 8 cm von der Scheitelhöhe entfernt, eine schmutzig braunrot gefärbte Hautstelle von rundlicher Gestalt und einer Größe von 2 zu 2½ cm Durchmesser. Innerhalb dieser Hautstelle findet sich eine von vorn oben nach hinten unten verlaufende, 2½ cm lange, 1—2 mm breite Zusammenhangstrennung der Haut, die mit lockerem Blute verklebt ist. Zwischen den Wundrändern sind einzelne Hautbrücken erhalten.

Vom oberen Rande dieser Hautdurchtrennung zweigt sich etwas nach dem Ohre zu, der ersteren fast parallel verlaufend, eine kleine, 1 cm lange, mehr oberflächliche Durchtrennung der Haut ab. Die Ränder beider Hautdurchtrennungen sind unregelmäßig und blutig durchtränkt. Sonst sind am Schädel keine Verletzungen vorhanden.

8. Die Brust ist gut gewölbt, Zwischenrippenräume weder verbreitert, noch eingesunken. Keine Verletzungen.

9. Am Rücken sind keine Verletzungen.

B. Innere Besichtigung.

I. Kopfhöhle.

14. Die weichen Kopfbedeckungen sind an ihrer Innenfläche im allgemeinen blaß-gelblich. Entsprechend der an der rechten Stirnhälfte beschriebenen Braunverfärbung der Haut ist die Kopfschwarte stark blutig durchtränkt. Zwischen ihr und dem Schädelknochen liegt ein flächenhafter Bluterguß von 2—4 cm Breite und 1—1½ cm Dicke. Die vorhin beschriebene, auf dem rechten Scheitelhöcker befindliche Hautdurchtrennung durchsetzt nicht die ganze Dicke der Kopfschwarte, sondern etwa ¾ derselben; die weichen Kopfbedeckungen sind jedoch in der ganzen rechten Schläfengegend mit einem flächenhaften Bluterguß von 12 zu 10 cm Größe und bis ½ cm Dicke durchsetzt. Auch die Knochenhaut ist an der entsprechenden Stelle durch einen Bluterguß durchsetzt. Unter dieser Stelle findet sich eine schwere Zertrümmerung des Schädelknochens und zwar ist die ganze rechte Schläfenbeinschuppe in drei Stücke zertrümmert, die sich leicht abheben lassen. Das größte Knochenstück hat eine Länge von 6 und eine Breite von 4 cm; die beiden kleineren, die gleich groß sind, eine Länge von 3 und eine Breite von 2½ cm. Von dem vorderen Winkel des Knochendefekts zieht bis zur Mitte des Vorderhauptbeines ein linienförmiger Knochensprung von 4½ cm Länge. Unter dem Knochendefekt liegt auf der harten Hirnhaut ein Erguß geronnenen Blutes, etwa 1½ Eßlöffel voll. Die harte Hirnhaut selbst zeigt sich an dieser Stelle in einer Länge von 4 cm spaltförmig durchtrennt.

Der Schädel sägt sich ziemlich leicht, er ist an der dicksten Stelle 1½ cm, an der dünnsten 4 mm dick.

16. Zwischen harter und weicher Hirnhaut liegt in der Gegend des rechten Schläfenhirns ein flächenhafter Bluterguß von 10 : 12 cm Größe. Die Maschen der weichen Hirnhaut sind zwischen den Gehirnwindungen überall, auch an der linken Seite und an der Unterfläche, mit teils leicht geronnenem Blute vollständig ausgefüllt. Die Gefäße der weichen Hirnhaut sind bis etwa ¼ ihrer Rundung mit dunklem Blute gefüllt. Die weiche Hirnhaut selbst ist überall durchsichtig, zart und glänzend und läßt sich leicht abziehen.

In sämtlichen Schädelgruben befinden sich Blutgerinnsel, besonders stark in der rechten mittleren und der linken vorderen Schädelgrube. Die beiden letzteren sind fast vollständig durch diese Blutgerinnsel ausgefüllt.

17. Die beiden Hirnhalbkugeln sind gleichmäßig gewölbt, ihre Windungen deutlich ausgeprägt, im rechten Schläfenhirn findet sich ein Substanzverlust von 3 : 1 cm Größe, der bis in die rechte Seitenkammer hineinreicht.

18. Beide Seitenhöhlen sind etwas erweitert, die rechte enthält in ihrem Vorderhorn einen Eßlöffel voll leicht geronnenen Blutes, die linke etwa 1½ Teelöffel voll gleichen Gerinnsels.

22. Von dem hinteren und unteren Rande der unter Ziffer 14 beschriebenen Knochenzertrümmerung zieht sich ein schmaler Knochenspalt durch die rechte hintere Schädelgrube bis zum großen Hinterhauptsloch, von da durch die linke hintere Schädelgrube bis in die linke mittlere Schädelgrube. Von

dem vorderen unteren Winkel der Zertrümmerung des rechten Schläfenbeins zieht sich ein ähnlicher Knochenspalt quer durch die mittlere Schädelgrube und das Keilbein bis in die linke Schläfenbeinschuppe. Infolge dieser Knochenbrüche sind die vordere und hintere Schädelhälfte an der Basis völlig gelockert und gegeneinander beweglich.

II. Hals-, Brust- und Bauchhöhle.

a. Brusthöhle.

25. Das Mittelfell ist im oberen Teile blaßrötlich, im unteren Teile ist es durch einen 6 : 4 : 0,4 cm großen flächenhaften Bluterguß durchsetzt, der auf die Vorderfläche des Herzbeutels reicht.

27. An der Vorderfläche der Lungenschlagader befindet sich ein dünner Bluterguß von 2 : 2½ cm Größe. Die Innenwand ist unverletzt.

28. In der Gegend der linken Lungenwurzel finden sich mehrere oberflächliche Blutergüsse von Pfennig- bis 5 Markstückgröße, die etwa ½ cm weit in das Lungengewebe reichen. Auch an der rechten Lungenwurzel zeigen sich mehrere bohnengroße Blutergüsse von ähnlicher Beschaffenheit.

30. Die Hauptschlagader der Brust zeigt an ihrer Vorderfläche einen dünnen flächenhaften Bluterguß von 12 cm Länge und 3–4 cm Breite. Ihre Innenwand und die Schlagaderwand selbst sind unverletzt.

31. An der Vorderfläche der Brustwirbelsäule findet sich hauptsächlich in der rechten Hälfte ein flächenhafter Bluterguß, der auf die Innenseite der rechten Brustwand übergreift. Dieser Bluterguß hat eine Länge von 18, eine Breite von 8—13 cm. Innerhalb dieses Blutergusses zeigen sich die dritte, vierte und fünfte rechte Rippe an ihrem Ansatz an die Wirbelsäule, ferner die fünfte, sechste und siebente rechte Rippe in ihrer Mitte gebrochen. Die Bruchränder sind überall zackig und blutig durchtränkt. Die Wirbelsäule selbst ist unverletzt.

In der Bauchhöhle und an ihren Organen wurden keine Abweichungen oder Verletzungen festgestellt.

Die Gerichtsärzte gaben folgendes vorläufige Gutachten ab:

„1. Der Tod ist hervorgerufen durch die außerordentlich schweren Verletzungen des Schädels und der Brust.

2. Diese Verletzungen sind hervorgerufen durch eine erhebliche stumpfe Gewalt.

3. Ob fremde Schuld vorliegt, geht aus der Obduktion nicht hervor.

4. Die Frage des Richters, ob der Tod durch eine Schußverletzung herbeigeführt ist, verneinen wir.

5. Ein begründetes Gutachten behalten wir uns ausdrücklich vor.“

Ueberblickt man den vorstehenden Befund, so ist zunächst eine Schußverletzung auszuschließen. Die von dem zur Leichenschau zugezogenen Dr. W. offenbar als Ausschußöffnung angesehenen Haut- und Gewebsdefekte an der Nase sind, da Zeichen vitaler Reaktion vollkommen fehlten, postmortal entstanden und zwar nach ihrem Aussehen durch Nagen von Mäusen. Dasselbe gilt bezüglich des Hautdefekts an der Rückfläche der rechten Ohrmuschel. Die als Einschußöffnung angesprochene Wunde am rechten Scheitelhöcker mußte nach ihrer Beschaffenheit als Quetschwunde, keinesfalls aber als Schußwunde gedeutet werden.

Sieht man von den zweifellos postmortal durch Annagen von Mäusen entstandenen Verletzungen ab, so wurden nur am Kopfe bei der äußeren Besichtigung Zeichen von Verletzungen vorgefunden und auch diese waren ziemlich unbedeutend, nämlich:

1. eine oberflächliche Quetschwunde in der Gegend des rechten Stirnhöckers,

2. eine stärkere Quetschwunde in der Gegend des rechten Scheitelhöckers,

3. drei kleine Hautabschürfungen am Rande der rechten Ohrmuschel und der Befund von Blut im rechten äußeren Gehörgang.

Der ganze übrige Körper war frei von äußeren Verletzungen. Um so überraschender war der Befund an den inneren Organen: Am Schädel: Starke blutige Durchtränkung der Kopfschwarte am rechten Stirn- und Scheitelhöcker, starker Bluterguß zwischen ihr und dem Schädelknochen; völlige Zertrümmerung der rechten Schläfenbeinschuppe, spaltförmige Zerreißung der harten Hirnhaut unterhalb der Knochenzertrümmerung, großer Bluterguß zwischen harter und weicher Hirnhaut, Ausfüllung der Maschen der weichen Hirnhaut mit lockeren Blutgerinnseln auch an den übrigen Gehirnteilen, Zertrümmerung der Gehirnmasse im rechten Schläfenlappen, welche bis in die Seitenhöhle hineinreichte, Blutergüsse in beiden Seitenhöhlen, schließlich spaltförmige Schädelbasisbrüche, die von der Knochenzertrümmerung im rechten Schläfenbein ausgehend, einerseits durch die rechte hintere Schädelgrube bis zum großen Hinterhauptsloch, von da durch die linke hintere Schädelgrube bis in die linke mittlere Schädelgrube reichte, anderseits vom vorderen unteren Winkel des Schläfenbeindefektes quer durch die mittlere Schädelgrube und das Keilbein bis in die linke Schläfenbeinschuppe zog, so daß die vordere und hintere Schädelhälfte an der Basis völlig gelockert und gegeneinander beweglich waren.

Noch auffälliger war der Befund an den Organen der Brusthöhle, weil am Brustkorb und am Rücken bei der äußeren Besichtigung keinerlei Zeichen einer stattgehabten Verletzung festgestellt werden konnten. Es fanden sich: Ein ziemlich großer flächenhafter Bluterguß im unteren Teile des Mittelfells, ein kleiner Bluterguß an der Vorderfläche der Lungenschlagader, kleinere Blutergüsse an der linken und rechten Lungenwurzel, ein langer, dünner Bluterguß an der ganzen Vorderfläche der großen Brustschlagader, ein flächenhafter Bluterguß an der Vorderfläche der Brustwirbelsäule, der in großer Ausdehnung auf die Innenseite der rechten Brustwand übergriff, innerhalb dieses Blutergusses Brüche der rechten dritten, vierten und fünften Rippe an ihrem Ansatz an die Wirbelsäule, ferner der fünften, sechsten und siebenten Rippe in ihrer Mitte.

Daß die außerordentlich schwere Kopfverletzung den augenblicklichen Tod zur Folge gehabt hat, ist wohl nicht zweifelhaft, dagegen dürften die Verletzungen an und in der Brust nicht ohne weiteres als unbedingt tödlich anzusehen sein.

Es fragt sich nun, wodurch sind die schweren Verletzungen entstanden, handelt es sich um zwei getrennte Traumen, von denen das eine den Kopf und das andere die Brust betroffen

hat oder können die gesamten Verletzungen durch ein einziges Trauma hervorgerufen sein?

Die Leiche wurde in einem kleinen Fichtenwäldchen gefunden. Es wäre denkbar, daß der Mann in eine der Fichten geklettert und dann abgestürzt sei und sich durch Sturz die Verletzungen zugezogen hätte. Diese Möglichkeit ist jedoch ausgeschlossen, weil die Fichten nur einige Meter hoch waren und der Untergrund sehr weich war, so daß unmöglich durch einen Fall solch schwere Verletzungen entstehen konnten.

Viel wahrscheinlicher ist es, daß der Mann im Dunkeln auf der von Automobilen und sonstigen Fuhrwerken ziemlich viel befahrenen Landstraße überfahren und von den Insassen des Fuhrwerks in die anstoßenden Fichten geschleppt worden ist, um sich der Verfolgung zu entziehen. Dadurch würde sich auch das Fehlen der Kopfbedeckung ungezwungen erklären.

Ein sicherer Schluß auf die Art des Gefährtes läßt sich allerdings aus dem Leichenbefunde nicht ziehen.

Straßmann, der auf der VII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin in Karlsruhe im Jahre 1911 über seine in dieser Hinsicht gemachten Erfahrungen berichtet, erklärt: Die geringe Hautverletzung beweist kein Ueberfahren durch Automobil.[1])

Hoffmann bemerkt in einer Arbeit, in der er über 14 Fälle von Tod durch stumpfe Gewalt berichtet, in denen durchweg schweren inneren nur geringe äußere Verletzungen gegenüberstanden, daß nach seiner Erfahrung die mit Gummireifen bewehrten schweren Räder sich in ihren Wirkungen durch nichts unterscheiden von den schweren Rädern eines beladenen Sandwagens. Auch das Ueberfahren durch diesen verursachte nur geringe Blutunterlaufungen.[1])

Ziemke berichtet über einen Fall, in welchem ein Mann von einem Lastwagen überfahren worden war, bei dem an der Halswirbelsäule sich eine Diastase von 6 cm fand, ohne daß die äußere Haut Verletzungsspuren zeigte. Man hatte hier zunächst an ein Auto gedacht.[1])

Ziemke hat in seinem Institute die Erfahrung gemacht, daß beim Ueberfahrenwerden durch Automobile fast immer der Kopf und die Brusthöhle (vgl. obigen Fall!) getroffen werden. „Radspuren waren jedenfalls immer deutlich.“[1])

Es läßt sich demnach im vorliegenden, leider unaufgeklärt gebliebenen Falle aus dem Obduktionsbefunde allein kein sicheres Urteil über die Art der Gewalt, die den Tod herbeigeführt hat, abgeben. Am ungezwungensten finden die Verletzungen ihre Erklärung durch die Annahme, daß der Mann durch ein Automobil oder ein anderes schweres Fuhrwerk überfahren, und daß seine Leiche von dem oder den Tätern zwecks Verheimlichung des Geschehnisses in das benachbarte Fichtenwäldchen geschleppt worden ist.

---

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1912, II. Supplement.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Fraktionelle Nervenstörungen bei Kriegsteilnehmern nebst Bemerkungen zur traumatischen Neurose. Von Prof. E. Meyer-Königsberg. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 51.

Unter 1126 Aufnahmen von Offizieren und Soldaten im ersten Kriegsjahr, die Psychosen und Neurosen betreffen, befanden sich 148 Psychogenien, pathologische psychogene Reaktionen oder hysterische Störungen, 128 Kranke mit psychopathischer Veranlagung und 76 mit traumatischer Neurose, prozentual etwa $^1/_3$ der Gesamtheit des klinischen Materials.

Von den klinischen 76 traumatischen Neurosen waren nicht weniger als 47 vor dem Kriegsdienst entstanden, bei nur 5 von ihnen war eine Steigerung im Kriege anzunehmen. Bei einem sehr großen Teil waren die Unfälle schwerer Art gewesen und hatten speziell den Kopf betroffen. 29 von den 76 Kranken hatten sich die traumatische Neurose im Kriege zugezogen, und zwar lagen 17 mal bei ihnen Kopfverletzungen, 5 mal andere Verletzungen und 11 mal Unfälle im Kriege vor, also auch hier das Ueberwiegen der Kopfverletzungen. Bei fast einem Drittel der im Kriege entstandenen traumatischen Neurosen waren Nerven- oder Geisteskrankheiten in Friedenszeiten vorausgegangen, mehrfach fanden sich andere mitwirkende Momente wie chronischer Alkoholismus. Die anamnestischen Angaben der Kriegsteilnehmer sind auffallend gut im Gegensatz zu den Kranken mit traumatischer Neurose in Friedenszeiten. Das klinische Bild weicht nicht ab bis auf die Beobachtung psychogener Dämmer- und Erregungszustände, Anfälle u. dergl. m.

Danach führen die kriegerischen Ereignisse ganz besonders oft zu psychisch-nervösen Störungen psychogener Art — vielfach bei einer gewissen Disposition. Es wäre auch unbegreiflich, wenn derartige seelische Erschütterungen, wie sie dieser Krieg bringt, bei den dauernden Anstrengungen, Entbehrungen, körperlichen Schädigungen usw. spurlos an dem hoch organisierten Nervensystem zivilisierter Völker vorübergehen würden. Ebenso natürlich ist es, daß traumatische Neurosen durch Kriegsverletzungen zur Entwicklung kommen. Mit dieser Feststellung und der Annahme einer verhältnismäßigen Häufigkeit der funktionellen Nervenstörungen im Kriege ist aber in keiner Weise der Beweis einer allgemeinen Schwäche des Nervensystems gegeben.

Die oft erwogene Frage, ob nicht die fortschreitende Kultur den Keim zur Entartung der Völker in sich trage, wird durch die Belastungsprobe, wie dieser Weltkrieg sie bildet, verneint. Da das Nervensystem das feinste Reagens für den Stand der Kultur ist, so würde sich in dessen Schädigung die Entartung offenbaren. Von einer Entartung durch die fortschreitende Kultur kann aber nach den Erfahrungen dieses Krieges keine Rede sein. Vielmehr haben die recht behalten, die überzeugt waren, daß das heranwachsende Geschlecht, das ja gerade aus dieser Kultur, deren entartende Wirkung man fürchtet, neue Kenntnisse und Fähigkeiten in ungeahntem Maße auf allen Gebieten gewann, dadurch auch mit mehr Widerstandskraft ausgestattet erfolgreich den Stürmen der modernen Zivilisation trotzen würde (L. Meyer).

Dr. Roepke-Melsungen.

Vorbereitende Behandlung der Beinamputierten. Von Stabsarzt Dr. J. Lewy-Freiburg i. B. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 1.

Nach der Absetzung des Gliedes und der dem Abschluß sich nähernden Verheilung der Operationswunde kommt es darauf an, 1. möglichst bald endgültige Formverhältnisse der Stumpfweichteile herbeizuführen, 2. die Haut des Stumpfes abzuhärten, 3. dem verbliebenen Gliedreste die volle Beweglichkeit zu erhalten, 4. das gesunde Bein zu kräftigen und für seine erhöhte Inanspruchnahme leistungsfähiger zu machen, 5. suggestiv auf den Verstümmelten einzuwirken. Alle diese Aufgaben können und sollen in Angriff genommen werden, noch ehe die Amputationswunde zur vollen Heilung gelangt ist.

Die Versorgungsansprüche der Amputierten werden, abgesehen

von den Rechten, die ihnen das Invalidenversicherungsgesetz sichert, durch die Militärpensionsgesetze sowie die Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit usw. vom 9. Februar 1909 geregelt. Danach gestalten sich die Bezüge der Amputierten: a) aus feststehenden Bezügen: 1. Kriegszulage monatlich 15 Mark, 2. Verstümmelungszulage für je einen Fuß monatlich 27 Mark, b) aus veränderlichen Bezügen für die Erwerbsbeeinträchtigung: für je 10% im Monat beim Gemeinen 4,50 Mark, Unteroffizier 6 Mark, Sergeant 7,50 Mark und Feldwebel 9 Mark.

Die Erwerbsbeeinträchtigung beträgt bei Verlust eines Unterschenkels bei genügender Länge des Stumpfes zur Anbringung eines künstlichen Gliedes und bei guter Beweglichkeit im Kniegelenk 60%, bei Verlust eines Oberschenkels bis zur Mitte 75%, bei Verlust eines Oberschenkels über die Mitte hinaus und bei Exartikulationen 80—85%. Ein Sergeant, der den Unterschenkel unterhalb des oberen Drittels eingebüßt hat, würde demnach zu beanspruchen haben: $15 + 27 + 6 \times 7{,}50 = 87$ M. im Monat. Nur der Satz für die Erwerbsbeeinträchtigung kann nach späteren Prüfungen durch die Invalidenprüfungskommission geändert werden, wenn sich die Erwerbsverhältnisse geändert haben oder eine gewisse Gewöhnung an das Tragen des künstlichen Gliedes anzunehmen ist.

Neben den Geldbezügen hat der Amputierte Anspruch auf ein künstliches Bein und ein Stelzbein; statt des letzteren kann auch ein einfaches zweites künstliches Bein bewilligt werden. Außerdem übernimmt die Militärverwaltung einmalig die Kosten für ein Paar geeigneter Stiefel.

Dr. Roepke-Melsungen.

Winterkuren und Verwundetenfürsorge. Von San.-Rat Dr. Lilienthal-Berlin. Medizinische Reform; 1916, Nr. 1.

Die klimatische Behandlung muß auch im Winter für die Kriegs-Rekonvaleszenten nutzbar gemacht werden; natürlich muß genau individualisiert werden, denn so vorteilhaft die Winterkuren viele Krankheiten beeinflussen, so schädlich und verschlimmernd können sie auf andere Krankheiten wirken.

Dr. Hoffmann-Berlin.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bakteriologie.

Erfahrungen mit dem Büchsenagar von Uhlenhuth und Messerschmidt in China. Von Priv.-Doz. Dr. H. Dold, Leiter des hygienischen Instituts der deutschen Medizinschule in Schanghai. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 1.

Von der Firma Ungemach A. G. in Straßburg-Schiltigheim wurden am 14. Mai folgende Büchsennährböden: 3% Nähragar, Gelatine, Lackmuslaktoseagar nach Drigalski-Conradi, Fuchsinsulfitagar nach Endo, Pepton-Glyzerin-Galle, Aszites in ¼-Dosen abgeschickt und am 19. September in Schanghai untersucht. Die Nährböden hatten einen annähernd dem Umfang der Erde entsprechenden Weg zurückgelegt und waren auf dieser langen Reise mancher Unbill und Temperaturen von 30 bis 40° und mehr ausgesetzt.

Mit Ausnahme der Gelatine waren sie in tadellosem Zustande angekommen und erwiesen sich bei den Untersuchungen in jeder Beziehung als gleichwertig dem im eigenen Laboratorium hergestellten Nährbodenmaterial. Die Büchsen-Nährböden haben daher mit Ausnahme der Büchsen-Gelatine ihre Versendbarkeit in die entferntesten Gegenden der Erde einschließlich der Tropen und ihre lange Haltbarkeit bewiesen. Ihre Handhabung ist denkbar einfach, eine Schwierigkeit in der sterilen Gewinnung besteht nicht. Die Versendung der Büchsengelatine nach heißen Ländern oder durch heiße Zonen empfiehlt sich nicht; die übrigen Büchsennährböden übertreffen wegen ihrer größeren Bequemlichkeit noch die Trockennährböden von Doerr. Sie gehören in Zukunft zur Ausrüstung der fliegenden Laboratorien, entlasten die bakteriologischen Laboratorien im Felde und bieten unter normalen Verhältnissen den großen Vorteil der Zentralisierung der Nährbödenherstellung. Auch arbeitsökonomische Gründe empfehlen die Einführung der Büchsennährböden von Uhlenhuth und Messerschmidt.

Dr. Roepke-Melsungen.

Wiederholte Benutzung von Bakteriennährböden und Ersatz von Fleischextrakt durch Pflanzenextrakte. Die Verwertbarkeit der konservierten Nährböden für den Feldgebrauch. Von G. F. Guth, Abteilungsvorsteher am kgl. hygienischen Institut Saarbrücken. Deutsche med. Wochenschrift; 1915, Nr. 52.

Gewöhnlicher Nähr-Agar (1 % Fleischextrakt, 1 % Pepton, 0,5 % Kochsalz und 3 % Agar enthaltend) läßt sich zur wiederholten Verwendung herrichten, indem man ihn in der für den Endoschen Nährboden angegebenen Weise klärt, mit Salzsäure neutralisiert und darauf mit Sodalösung wieder alkalisch macht. Der dem Agar in manchen Fällen, ganz besonders nach dem Besäen mit Cholerabazillen, anhaftende unangenehm ammoniakalische Geruch bleibt meistens unvermindert bestehen, auch nach dem Erhitzen und Neutralisieren. Die ihn bedingenden Eiweißzersetzungsprodukte verursachen jedoch keine wesentliche Beeinflussung des Bakterienwachstums. Ob sich der so regenerierte Agar auch zur Bakterienzüchtung zwecks Impfstoffbereitung eignet, ist noch nicht festgestellt.

Die Verwendung von Pflanzenauszügen bezw. Pflanzenextrakten statt Fleischextrakt bedeutet eine große Verbilligung in der Herstellung der Nährböden. Es wurden Versuche mit allen im Großhandel vorkommenden Getreide- und Leguminosearten, ferner mit Nähr-ähnlichen Präparaten, Ochsena ausgeführt und die günstigsten Ergebnisse mit Auszügen von Bohnen und Sojabohnen erzielt. Herstellung: 100 g Bohnen mit 600 ccm Wasser 2 × 24 Stunden bei Zimmertemperatur stehen lassen, dann 1 Stunde im Dampftopf erhitzen, überstehende Flüssigkeit abseihen und Rückstand nochmals mit 500 ccm Wasser 1 Stunde erhitzen, abseihen und leicht auspressen; die vereinigten Auszüge auf 1 Liter auffüllen und zur Herstellung von Nähr-Agar 1 % Pepton, 0,5 % Kochsalz und 3—4 % Agar zusetzen. Sojabohnen werden ohne vorherige Extraktion mit kaltem Wasser direkt im Dampftopf erhitzt. Aus 1 kg Bohnen erhält man etwa 200 g eines dunkelbraunen, angenehm aromatisch riechenden Extraktes von der Konsistenz des Liebigschen. Sojabohnen liefern etwa 10 % mehr Extrakt, der geruchlos ist. Augenfällige Unterschiede im Wachstum der einzelnen Bakterienstämme waren nicht wahrzunehmen, nur die Farbstoffbildung von Bac. pyocyaneus und Bac. prodigiosus weniger gut entwickelt als auf dem Fleischextrakt-Agar. Typhus-, Paratyphus- und Dysenteriebazillen wuchsen in gleicher Anzahl und Größe. Die Kolonien erschienen manchmal weniger zart als auf den Fleischextraktnährböden und zeigten am Rande der Platten bisweilen einen rötlichen Schimmer. Für die Praxis sind alle diese Erscheinungen keine Beeinträchtigung. Eine ungünstige Beeinflussung der Agglutinierbarkeit war nicht festzustellen. Somit sind die Bohnen- und Sojabohnennährböden, wie vergleichende Stuhluntersuchungen gezeigt haben, mit gleichem Erfolge verwendbar wie die mit Fleischextrakt hergestellten. Ihre Herstellung ist aber zurzeit wegen der schwierigen Beschaffung von Bohnen und besonders Sojabohnen nicht durchführbar. Vielleicht bieten die in den Handel kommenden geschroteten und entfetteten Sojabohnen ein billiges Ausgangsmaterial. Die Fabrik E. Merck-Darmstadt bringt als Ersatz von Fleischextrakt zur Herstellung von Nährböden ein Präparat unter dem geschützten Namen „Legumin-Pflanzenextrakt“ in den Handel.

Die Prüfung der nach Angabe von Uhlenhuth und Messerschmidt von dem Laboratorium Ungemach-Schiltigheim i. Els. hergestellten Nährbouillon, Nährgelatine, Nähragar, Endo-Agar und Drigalski-Agar ergab ihre Gleichwertigkeit mit den im Institut frisch hergestellten Nährböden. Sie waren nach der Entnahme aus den Blechbüchsen stets steril und von gleicher äußerer Beschaffenheit. Typhus-, Paratyphus- und Ruhrkolonien zeigten gleiche Entwicklung und gleich charakteristisches Aussehen; ebenso hatten die mit der Nährgelatine ausgeführten vergleichenden Wasseruntersuchungen im wesentlichen dasselbe Ergebnis. Für den Gebrauch im Laboratorium beeinträchtigt eine Verdünnung der Uhlenhuth-Messerschmidtschen Nährböden mit 20 % steriler Kochsalzlösung das Bakterienwachstum nicht merklich. Sie können für Laboratorien, die auf gebrauchsfertig gelieferte Nährböden angewiesen werden, sehr empfohlen werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

2. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Bakteriologische Erfahrungen über Kriegsseuchen. Von Oberstabsarzt Dr. Hans Aronson, Hygieniker beim stellvertretenden Sanitätsamt IV. Armeekorps. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 47 und 48.

Der Verfasser berichtet über seine an mehr als 10000 Einzeluntersuchungen infektionsverdächtigen Materials gemachten Erfahrungen über die sogenannten Kriegsseuchen:

Typhus abdominalis. Die Diagnose des Typhus im Laboratorium zerfällt in die serologische und bakteriologische. Die Widalsche Reaktion ist fast völlig wertlos geworden, da die geimpften Soldaten ebenfalls positiv Widal aufweisen. Die Typhusbazillen gelangen zum Nachweis in den Exkreten oder im Blut. Die Züchtung der Typhusbazillen aus dem Stuhl ist erschwert durch ihre Aehnlichkeit mit den Colibazillen. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht: 1. Die Unfähigkeit der Typhusbazillen, Milchzucker zu zersetzen, 2. die andersartige Einwirkung der beiden Bakterienarten auf den Traubenzucker. Der Typhusbacillus vergärt niemals Milchzucker, gelegentlich allerdings auch der Coli nicht; dagegen wird Traubenzucker von den Colibazillen stark gespalten, wobei organische Säuren und stets auch Kohlensäure entstehen; der Typhusbacillus bildet in traubenzuckerhaltigen Nährböden nie Gas. Die Colibazillen wachsen auf dem milchzuckerhaltigen Drigalski-Conradi-Agar rötlich, die Typhuskolonien sind schwach bläulich. Zusatz von Kristallviolett hemmt das Wachstum der Coli-, aber auch der Typhus- und Ruhrbazillen, ebenso der von Löffler empfohlene Zusatz von Malachitgrün. Andere Farbstoffe als Lakmus, wie Chinablau und Kongorot, als Indikatoren bieten keine Vorteile. Besonders hat sich dem Verfasser der Endo-Nährboden bewährt, auf dem die Colibazillen als rote, metallisch glänzende Kolonien wachsen, während die Typhusbazillen farblose, zarte Kolonien bilden. Die Deutung der Rotfärbung des Nährbodens ist von Endo selbst falsch gegeben worden, sie kommt zustande durch Bildung von Aldehyden. Die nicht Milchzucker spaltenden Colirassen wachsen auf Endo ebenfalls weiß, sind jedoch leicht von Typhus zu unterscheiden. Die typhusverdächtigen Kolonien werden weiter identifiziert durch die Probeagglutination; bei positivem Ausfall ist die Diagnose schon sehr wahrscheinlich; ihre weitere Identifizierung erfolgt durch Ueberimpfen auf die Barsiekowschen Nährlösungen (Lakmus-Nutrose-Traubenzucker- und -Milchzuckerlösung) sowie auf Rothbergerschen Neutralrot-Traubenzuckeragar. Die Ansicht, daß Traubenzucker durch Typhusbazillen nicht angegriffen wird, fand A. nicht bestätigt. In der Barsiekowschen Traubenzuckerlösung sind alle Uebergänge von Rötung bis Opaleszenz und Gerinnung zu beobachten. Dagegen rötet der Typhusbacillus nie die Nutrose-Milchzuckerlösung. Der Rothbergersche Neutralrot-Agar ist ein sehr wichtiges Differenzierungsmittel, denn alle Coliarten bilden darin Gas und färben ihn gelblich, während der Typhus ihn unverändert läßt. Endlich kann man noch die quantitative Auswertung der Agglutination vornehmen. Die Stuhluntersuchungen auf Typhus befriedigen noch nicht, da noch keine genügend elektiven Nährböden zur Verfügung stehen. Die Versuche, die Colibazillen durch polyvalentes Serum auszufällen, hatten noch keinen Erfolg. Doch behält die Stuhluntersuchung ihren Wert zur Feststellung von Bazillenträgern. Für die Diagnose frischer Fälle ist die Gallenanreicherung das Mittel der Wahl (in ca. 6 ccm steriler Rindergalle läßt man 2—3 ccm Blut einlaufen). Bei diesen Mengen genügt meist schon eine 8—10stündige Bebrütung der Gallenblutkultur, um die Typhusbazillen genügend anzureichern. Dann bringt man daraus einige Tropfen auf Endo-Platten und kann so nach weiteren 12—14 Stunden die Keime nachweisen, somit in 24 Stunden die Diagnose stellen. Bei 1045 Einzel-Untersuchungen von Rekonvaleszenten, die 8—14 Tage fieberfrei waren, fanden sich 40mal im Stuhl Typhusbazillen, 26mal im Urin, 9mal in beiden. Nur von einigen Leuten wurden dauernd Typhusbazillen ausgeschieden; sie sind als felddienstunfähig zu betrachten. Die Dauerausscheider (im Stuhl) von ihren Typhusbazillen zu befreien, besitzen wir noch keine Mittel, weder Chemikalien noch Immunisierung hatten Erfolg. Die Wirkung des Urotropins auf den Bazillengehalt des Urins ist nur scheinbar günstig, da nur Entwicklungshemmung, aber keine Abtötung der Herde in den Nieren stattfindet.

Die Schutzimpfung hat auf die Typhusfrequenz guten Einfluß gehabt, wenn auch ein völliger Schutz bei allen nicht erreicht wird. Der Impfschutz scheint nicht über 5 Monate zu dauern. Vielleicht wird ein besserer Schutz erreicht, wenn man in ihrem biologischen Verhalten verschiedene Typhusstämme als Vakzine benutzt. Der Vorschlag, Typhus-Rekonvaleszenten zum Schutz gegen Rezidive mit Typhus-Vakzine zu impfen, entbehrt jeder theoretischen und praktischen Begründung.

Ruhr. Die serologische Diagnose (Widal) ist bei der Ruhr von geringer Bedeutung. Da die Ruhrbazillen nie ins Blut gehen, ist man auf die Isolierung derselben aus dem Stuhl angewiesen. Auch hierfür eignet sich der Nährboden von Endo recht gut. Verwendet man den Drigalski-Conradi-Agar, so darf ihm kein Cristalviolett zugegeben werden. Die große Empfindlichkeit der Ruhrbazillen läßt ihren Nachweis schon oft in einige Tage alten Stühlen mißlingen. Auf den oben unter Typhus genannten Differentialnährböden unterscheiden sich die Ruhrerreger nur wenig von Typhusbazillen. Im Gegensatz zum Typhusbacillus besitzen sie nur geringe (Molekular-) Bewegung. Das wichtigste Unterscheidungsmittel ist ihr agglutinatorisches Verhalten gegen spezifische Sera. Wir unterscheiden die giftarme Gruppe (Typus Flexner, -Y, -Strong, -V) von den stark giftbildenden Shiga-Kruse-Bazillen leicht durch die Agglutination. Zu dem Zwecke benutzt man ein Shiga-Kruse und ein mit einem beliebigen giftarmen Stamm hergestelltes Immunserum. Zur Klassifizierung der einzelnen Angehörigen der giftarmen Gruppe dienen die Kohlehydrate: Mannit, Maltose und Rohrzucker. Der vom Verfasser neu isolierte Typus V spaltet alle 3 Kohlehydrate. Einmal wurde er aus dem Dickdarm eines an Ruhr Verstorbenen gezüchtet, ein Beweis, daß diese Infektion nicht immer gutartig verläuft. Im Dickdarm fanden sich intensive Schwellung und Rötung der gesamten Schleimhaut und follikuläre Geschwüre. Der bisher in Deutschland noch nicht beobachtete Typus Strong zeigte die Eigentümlichkeit, nach einigen Tagen auf gewöhnlichem Agar einen gelblichen Farbstoff zu bilden. Die Trennung des Shiga-Kruse von den giftarmen Ruhrbazillen ist auch für die Praxis wichtig. Einmal ist die Prognose bei Shiga-Kruse-Ruhr erheblich schlechter, dann ist auch nur bei Shiga-Kruse-Ruhr die Serumtherapie indiziert. Shiga-Kruse-Bazillen wurden fast niemals nach der klinischen Genesung mehr ausgeschieden, dagegen öfter noch längere Zeit Y-Bazillen.

Cholera asiatica. Sie wurde im Herbst vorigen Jahres durch russische Gefangene in verschiedene Lager eingeschleppt. Dank den energischen Maßnahmen ist weder unter den Bewachungsmannschaften noch in der Zivilbevölkerung eine Infektion vorgekommen. Auch für die Choleradiagnose ist der Endo-Nährboden gut brauchbar. Die Choleravibrionen wachsen rosa bis rot, aber ohne den Metallglanz der Colikolonien. Dem Verfasser ist es gelungen, einen neuen Elektiv-Nährboden für Choleravibrionen zu finden (gewöhnlicher Nähragar, dem 1% Rohrzucker, 1% Dextrin, 0,55% Natr. carb. sicc. zugesetzt wird; dann wird 10 Minuten in strömendem Dampf gekocht, dann 0,25 ccm einer alkoholgesättigten Fuchsinlösung und 2,5 ccm 10%ige Natriumsulfitlösung zugefügt, die Reagentien sind auch in Tablettenform bei Merck zu haben und werden 100 ccm verflüssigtem Agar zugesetzt). Die Choleravibrionen bilden auf diesem Nährboden intensiv rote, die Colibazillen weiße Kolonien. Außerdem wirkt der Sodagehalt stark hemmend auf Coli. Infektionen mit Dysenterie oder Paratyphus können in ihren klinischen Symptomen Cholera vortäuschen. Bei 53 Cholerafällen konnten in der Rekonvaleszenz Choleravibrionen nicht mehr nachgewiesen werden.

Typhus exanthematicus. Die Erkrankung ist von Typhus abdominalis oft sehr schwer zu unterscheiden. Der Nachweis von Typhusbazillen sichert die Differentialdiagnose. Von größter Wichtigkeit zur Verhütung weiterer Infektionen ist eine gründliche Entlausung.

Epidemische Genickstarre. Diese Krankheit tritt nicht eigentlich als Kriegsseuche auf. Von Januar bis Juni kamen in dem Arbeitsbereich 44 bakteriologisch sichergestellte Fälle zur Beobachtung. Die bakteriologische Diagnose wurde durch mikroskopische und kulturelle Untersuchung des Lumbalpunktates

gestellt. Für die Färbung bewährte sich die von Pappenheim für die Darstellung der Gonokokken angegebene Farblösung von Pyronin und Methylgrün. Die roten Doppelkokken heben sich von den blau-grünen Kernen der Leukozyten gut ab. Im Brutschrank vermehren sich die Meningokokken in der Lumbalflüssigkeit gut, auch innerhalb der Leukozyten, ein Zeichen, daß es sich um echte Phagocytose handelt. Für die Züchtung ist natives Eiweiß im Nährboden erforderlich, dem man außerdem mit gutem Erfolg 1% Maltose zufügen kann. Mit der Agglutination hat Verfasser keine guten Erfolge gehabt. Klinisch kamen mehrfach multiple Gelenkschmerzen und ausgebreitete Exantheme vor, so daß zuerst die Diagnose: Typhus exanthematicus gestellt wurde. Neben dem fleckfieberartigen Exanthem traten starke Diarrhoen und Benommenheit auf, während Nackensteifigkeit nicht ausgeprägt war. Unter dem Bilde des Fleckfiebers verliefen mehrere Fälle, einer unter dem Bilde einer chronischen Sepsis mit Hodenschwellung. Die bakteriologische Untersuchung des Lumbalpunktates ist in allen zweifelhaften Fällen von ausschlaggebender Bedeutung. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Typhus- und Choleraschutzimpfung. Von A. v. Wassermann und P. Sommerfeld. Aus dem Kaiser Wilhelm-Institut für experimentelle Therapie, Berlin-Dahlem. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 48.

Für das Studium der Frage ist zu berücksichtigen, daß der erste Schritt zum Infektionsprozeß beim Menschen im Darmepithel, unser Schutzimpfungsprozeß im Kreislauf sich abspielt. Praktisch kommt es also auf den Nachweis an, ob eine Erhöhung der Blutimmunität auch gleichzeitig eine Erhöhung der Resistenz des Darmgewebes, besonders des Darmepithels, bedingt. Durch stomachale Einführung von Typhus- und Cholerabakterien ist bei unsern gebräuchlichen Laboratoriumstieren keine der menschlichen ähnliche Erkrankung auszulösen. Nur Gibbons und Schimpansen sollen bei Verfütterung von typhushaltigem Material an einer dem menschlichen Typhus klinisch analogen Infektion erkranken. Jedoch erhielten Metschnikoff und Besredka auch damit keine einheitlichen Versuchsergebnisse. Wassermann und Sommerfeld benutzten bei ihren Versuchen Mäuse, die bekanntlich über hohe bakterizide Schutzkräfte im Blut gegen Typhus und Cholera verfügen und die spontan bei stomachaler Einverleibung dieser Bakterien nicht krank zu machen sind. Daran ist nicht etwa die Magensäure schuld. Das Darmepithel bildet demnach eine Schranke gegen die Invasion. Die Autoren gingen so vor, daß sie die natürlichen Schutzkräfte des Blutes durch Einverleiben künstlicher Aggressine banden, gleichzeitig die Regenerationskraft der Tiere durch Hungernlassen herabsetzten und dann mit der Schlundsonde die Bakterien in den Magen brachten. Es gelang ihnen so, sechsmal unter 13 Versuchen die Tiere zu infizieren und Typhusbazillen im Blut und den Organen nachzuweisen Den Uebertritt von Choleravibrionen durch das Darmepithel erreichten sie dadurch, daß sie die Schutzwirkung durch eine vorherige Infektion der Tiere mit Bacillus Danysz aufhoben. Kadaveröse Veränderungen des Darmes sind nicht der Grund des Durchdringens der Bakterien. Aus den Versuchen muß man schließen, daß ein Zusammenhang zwischen dem Gehalt des Blutes an bakteriziden Substanzen und Invadierbarkeit des Darmgewebes seitens Typhus- und Cholerabakterien besteht, daß somit die Schutzimpfung auch beim Menschen Stoffe erzeugt, welche die natürliche Ansteckung hintanzuhalten vermögen. Schädigende Einflüsse und andersartige Infektionen setzen aber die Resistenz herab. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

3. Tuberkulose.

Ein Beitrag zur Frage vom Vorkommen der Tuberkelbazillen in den Fäzes. Eine neue Methode zum Nachweis. Von H. Engleson-Stockholm. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; Bd. XXXV, Heft 1.

Von den Untersuchungsmethoden, die für den Nachweis von Tuberkelbazillen in den Fäzes zur Anwendung gekommen sind, scheint die Schöne-

Weißenfelssche Aethermethode die bisher beste zu sein: Ein Fäzesklumpen von Bohnengröße wird mittels eines Glasstabes in einem dickwandigen Reagenzglas mit so viel frisch destilliertem Wasser verrührt, daß eine festweiche, fast halbflüssige Konsistenz sich ergibt. Nach Zusatz von Aether wird der Inhalt geschüttelt, darauf die Aetherschicht in eine Zentrifugenröhre überführt und kurze Zeit zentrifugiert. Der erhaltene Bodensatz wird dann in einer geringen Menge Aether aufgelöst, auf das Objektglas gegossen, leicht fixiert und nach Ziehl gefärbt. Das Präparat besteht fast zum größten Teil aus Bakterien.

E. hat sich bei seinen Untersuchungen noch einer neuen Methode, die er Schabemethode nennt, bedient. Sie besteht in einer Schabung der Rektalschleimhäute mit einer gewöhnlichen Hohlsonde, die an einem Ende mit einer löffelartigen Aushöhlung versehen ist.

Eine vergleichende Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Methoden zeigt, daß von den untersuchten, zum größten Teile dem III. Stadium der Lungentuberkulose zugehörenden Fällen mit der Aetherextraktionsmethode Tuberkelbazillen in 44 Fällen, d. h. in 73%, und mit der Schabemethode in 57 Fällen, d. h. in 95% des Materials nachgewiesen werden konnten.

Dr. Roepke-Melsungen.

Abderhalden-Verfahren bei Lungentuberkulose. Von Dr. F. Oeri-Davos. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; Bd. XXXV, Heft 1.

Von 40 Fällen sicherer Tuberkulose bauten 38 eines oder mehrere der vorgelegten Lungenpräparate ab. In dem einen der beiden negativen Fälle erklärt sich das Fehlen der Reaktion aus dem Mangel an Abwehrfermenten; für den anderen Fall fehlt eine Erklärung.

Von 11 Fällen mit unsicherem oder negativem klinischen Befund bauten 4 eines oder mehrere der Lungenpräparate ab, während die 7 anderen nur das Bronchialdrüsenpräparat oder gar nichts abbauten.

In der Auswahl der Präparate und in der Stärke der Reaktionen läßt sich im allgemeinen keine Gesetzmäßigkeit feststellen. Ein Präparat aus bindegewebigen Schrumpfungsmassen in der Umgebung von Kavernen wurde von Kranken des II. und III. Stadiums wesentlich häufiger abgebaut als von den des I. Stadiums. Ferner entsprach der Abbau des Präparates einer tuberkulösen Bronchitis und Peribronchitis in 3 von 5 Fällen einer ausgesprochenen Hilustuberkulose.

Es ist wahrscheinlich, daß das Abderhalden-Verfahren Feststellungen erlaubt, die mit keiner anderen Methode möglich sind, vorausgesetzt, daß man die Vorsicht gebraucht, dem Serum immer verschiedene Präparate von Lungentuberkulose oder eine Mischung von solchen vorzulegen.

Es fehlt noch der strikte Beweis dafür, daß bei gesunder Lunge nie Lunge abgebaut wird, und ob nicht jede — auch nichttuberkulöse — entzündliche Erkrankung eines Organs zur Bildung von unspezifischen Fermenten im Serum führt, die auch in tuberkulösem Material ein Abbauobjekt finden. Oeri hält sich nach seinen Resultaten trotzdem für berechtigt, das Abderhalden-Verfahren auch in Zukunft zur Differenzierung von Lungentuberkulose und reiner Bronchialdrüsentuberkulose und zur Feststellung heranzuziehen, ob überhaupt eine Lungentuberkulose besteht.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ergebnisse der Krankenhausbehandlung der Lungentuberkulose. Von C. Moewes. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 24, Heft 3.

Bei einem nach Form und Grad der Erkrankungen vielseitigen Tuberkulosekrankenmaterial des allgemeinen Krankenhauses — es handelt sich um 1000 überwiegend schwerkranke Patienten, die im Laufe der Jahre 1908—1914 in das Kreiskrankenhaus Berlin-Lichterfelde aufgenommen waren — sind die verschiedenen Behandlungsmethoden zur Anwendung gekommen mit folgendem

Ergebnis: Geheilt wurden 8,8 %, gebessert 49,1 %, ungeheilt blieben 10,9 %, gestorben sind 31,7 %.

Unter der allgemein-symptomatischen Therapie wurde etwa die Hälfte für längere oder kürzere Zeit gebessert, ein gutes Drittel stirbt, der Rest wird geheilt oder entzieht sich der Behandlung.

Unter der Tuberkulinbehandlung mit Alttuberkulin, Endotin und perkutaner Alttuberkulin-Einverleibung wurden geheilt 14,5, gebessert 78,2 % = 92,7 % positiver Erfolge, ungeheilt blieben nur 1,8 %, es starben 5,5 %.

Durch die Behandlung mit dem Friedmannschen Mittel ließen sich 7 % Heilungen, 32,9 % Besserungen erzielen; 27,2 % ungeheilt, 32,9 % gestorben.

Von 18 mit Lezithin-Kupferinjektionen Behandelten sind je 6 gebessert, ungeheilt und gestorben.

Ebenfalls 18 Patienten bekamen Stickstoff-Luftinsufflationen, davon wurden 15 gebessert und 3 starben.

Das praktische Ergebnis der Zusammenstellung faßt Moewes dahin zusammen, daß selbst bei einem verhältnismäßig ungünstigen Material, wie es die Krankenhauspraxis bedingt, bei der Lungentuberkulose vor allen anderen Behandlungsmethoden die Tuberkulintherapie bisher die meiste Berechtigung hat, allerdings auch sie nur in dem bekannten begrenzten Rahmen. Bei strenger Auswahl geeigneter Fälle, besonders bei komplizierender Pleuritis exsudativa verdient auch die Insufflationsbehandlung als Methode der Wahl empfohlen zu werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Wie soll der Geschlechtsverkehr Venerischer bestraft werden? Von A. Blaschko-Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 1.

Blaschko will den geschlechtlichen Verkehr Venerischer nicht mit den üblichen Geld- und Freiheitsstrafen, sondern mit sichernden Maßnahmen bestraft wissen, nämlich mit strenger ärztlicher Ueberwachung und, wenn nötig, Zwangsbehandlung in einem Krankenhaus. Er hat zu diesem Zwecke bereits vor 2 Jahren auf dem 13. internationalen medizinischen Kongreß in London vorgeschlagen: Venerische, die wissend Andere der Gefahr einer Ansteckung aussetzen, durch die Gesundheitsbehörde anzuhalten, daß sie bis zur erfolgten Heilung amtsärztliche Bescheinigungen über den Gesundheitszustand beibringen und bei fehlender ärztlicher Behandlung einer zwangsweisen Behandlung in einem öffentlichen Krankenhause unterworfen werden. Ist aber durch einen Geschlechtskranken wissentlich eine Ansteckung erfolgt, so soll er verurteilt werden können, dem Geschädigten Schadenersatz zu leisten; die Festsetzung der Schadenhöhe erfolgt im Verlauf des Strafprozesses.

Eine solche Gesundheitsbehörde ist in Deutschland nicht vorhanden, bildet aber als Gesundheitsamt, wie es in Norwegen bereits seit Jahren besteht und zu allgemeiner Zufriedenheit arbeitet, eine ganz unerläßliche Einrichtung in dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Es wäre dann zu fordern:

1. Individuen beiderlei Geschlechts, die verdächtig sind, eine venerische Infektion zu verursachen, werden angehalten, dem kommunalen Gesundheitsamt ein Gesundheitsattest eines öffentlich hierzu autorisierten Arztes beizubringen. (Verdächtig im Sinne dieser Bestimmung wären Individuen, über die beim Gesundheitsamt eine Anzeige einläuft, daß sie eine venerische Infektion verursacht haben, oder wenn sie auf der Straße oder an einem öffentlichen Orte durch schamloses Benehmen, z. B. durch öffentliche Provokation zum Geschlechtsverkehr u. dergl., öffentlichen Anstoß erregt haben).

2. Können die verdächtigen Personen ein solches Attest nicht beibringen, so ist zu verlangen, daß sie sich bis zum Nachweis erfolgter Heilung in ärztliche Behandlung begeben und dem Gesundheitsamt regelmäßig einen Nachweis dieser Behandlung bringen.

3. Eine Zwangsbehandlung würde nur eintreten, wo die Anordnungen des Gesundheitsamtes nicht befolgt werden.

Prostituierte werden häufig kein Gesundheitsattest beibringen können, weil sie eben krank sind, oder es nicht tun, weil sie moralisch verkommen sind. Wenn dann das Gesundheitsamt schnell genug arbeitet, kann binnen 2 Tagen eine Feststellung des Gesundheitszustandes und evtl. die obligatorische Behandlung durchgesetzt werden. Mittels eines solchen Gesundheitsamtes würde auch die ganze Ueberwachung der Prostitution viel wirksamer zu bewerkstelligen sein als auf dem heute üblichen Wege der Reglementierung.

Ebermayer, Reichsgerichtsrat in Leipzig, hält in der gleichen Nummer der Wochenschrift die Vorschläge Blaschkos für überaus beachtenswert, nur erscheint ihm die Verquickung der sichernden Maßnahmen mit der Strafe bedenklich. Solche Maßregeln zu treffen, ist auch nicht Sache des Strafrichters, sondern der Polizei, die erforderlichenfalls die nötige unmittelbare Zwangsgewalt besitzt, ihren Maßnahmen Beachtung zu verschaffen. Soweit sie solche aber nicht besitzen sollte, könnte dadurch geholfen werden, daß dem, der sich solchen Polizeimaßregeln widersetzt oder ihnen nicht nachkommt, gerichtliche Strafe angedroht wird. Die sichernden Maßnahmen aber in ihrer Mannigfaltigkeit durch den an die Vorschriften der Strafprozeßordnung gebundenen Richter im ordentlichen gerichtlichen Verfahren als Strafe erkennen zu lassen, daran wird wohl nicht gedacht werden können.

Schließlich weist E. auf den Widerspruch hin zwischen dem nicht hoch genug zu schätzenden Bestreben Blaschkos, der Gefahr geschlechtlicher Ansteckung mit allen Mitteln zu begegnen, und den Anstrengungen weiter Kreise, im Wege der Gesetzgebung am liebsten eine völlige Unterbindung des Verkehrs mit Schutzmitteln herbeizuführen. Dr. Roepke-Melsungen.

Der diagnostische Wert der Gonokokkenvakzine. Von Prof. Asch und stud. med. Adler. Münchener Med. Wochenschrift; 1916, Nr. 3.

Die Feststellung noch bestehender Gonorrhöe ist sehr wichtig für das kranke Individuum, für die Gesellschaft, den Staat. Klinische Beobachtung und selbst öfters wiederholte mikroskopische Untersuchung des Urethralausflusses oder im Urin enthaltener Flocken sowie des Prostatasekretes führen oft nicht zu unzweideutigen Resultaten. Die diagnostische Injektion von Gonokokken nach Asch hat sich in Feldlazaretten gut bewährt. Namentlich bei Massenandrang. Während sich zu therapeutischen Zwecken kleine Mengen (1—25 Millionen abgetöteter Keime) als zweckmäßig erwiesen, hat sich zu diagnostischen Zwecken die intramuskuläre Injektion von größeren Mengen (50—100 Millionen abgetöteter Gonokokken) besser bewährt. Asch verwendet die Glutualmuskulatur als Beschickungsort. Einige Tage vor der Entlassung wird regelmäßig durch eine solche Injektion eine provokatorische Vakzineinjektion gemacht und dann 2—3 Tage darauf Ausfluß, Flocken, auch Prostatasekret untersucht. Sehr wichtig zur Beurteilung der Frage ist die Kenntnis der degenerierten Gonokokken, die größtenteils extrazellulär, selten intrazellulär sich befinden. Manchmal genügt eine Vakzineinjektion nicht, so daß bei negativem Befund die Wiederholung mit größeren Dosen (bis 125 Millionen) nötig wird. Dr. Graßl-Kempten.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wasserversorgung.

Ein neuer Sandfiltertyp. Von Heller. Gesundheit; 1916, Nr. 1.

Der Verfasser beschreibt ein Filter, bei dem der Uebelstand, den Betrieb wegen der Entfernung der Schmutzschicht zu unterbrechen, beseitigt ist. Die bakteriologische Untersuchung des Rohwassers ergab durchschnittlich 1365 Keime in 1 ccm, diejenige des filtrierten Wassers 13 Keime in 1 ccm. Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Nahrungsmittelhygiène.

Dörfliche und kleinstädtische Schlachthausanlagen. Von Gemeindebaumeister Schmidt-Betzdorf. Gesundheit; 1916, Nr. 1.

Der Verfasser stellt die Mindestforderungen auf, die an ein den kleinen Verhältnissen angepaßtes Privatschlachthaus zu stellen sind, und erläutert sie an 2 Grundrissen. Dr. Wolf-Hanau.

---

3. Schulhygiène.

Ueber Verbreitung des Schularztwesens in Oesterreich. Von Regs.-Rat Dr. Burgerstein-Wien. Das österreichische Sanitätswesen; 1915, Nr. 47/50.

Zusammenstellung der Erhebungen der österreichischen Gesellschaft für Schulhygiene über die Verbreitung des Schularztwesens in den verschiedenen Schulgattungen an der Hand eines Fragebogens. Dr. Wolf-Hanau.

Der Einfluß von Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose, auf das Wachstum und den Ernährungszustand der Schulkinder. Von Dr. Thiele. Berliner klinische Wochenschrift; 1915, Nr. 36.

Thiele weist statistisch nach, daß Knaben und Mädchen gleich groß und gleich schwer zur Schule kommen und bis zur Mitte der Schulzeit es bleiben, daß aber am Ende der Schulzeit die Knaben den Mädchen an Größe voraus, aber an Gewicht unterlegen sind.

Anders liegen die Verhältnisse bei tuberkulösen Kindern: sie kommen mit geringerem Körpergewicht und kleiner zur Schule. Die Knaben bleiben dann gegenüber den gesunden Schulkindern die ganze Schulzeit hindurch an Größe und Gewicht zurück. Die Mädchen bleiben nur bis zur Mitte der Schulzeit zurück, dann nimmt ihre Größe schnell zu ohne entsprechende Zunahme des Gewichtes. Das entspricht der Ausbildung des phthisischen Habitus und bezeichnet den schädigenden Einfluß der Tuberkulose auf den kindlichen Organismus. Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Merkblatt für Kriegsverstümmelte. Herausgegeben vom Königlich Preußischen Kriegsministerium, Berufsfürsorge für Kriegsbeschädigte.

1. Der durch Kriegsverwundung Verstümmelte oder am freien Gebrauch seiner Gliedmassen Behinderte kann wieder arbeiten lernen, wenn er selbst den festen Willen zur Arbeit hat.

2. Es soll daher keiner den Mut sinken lassen und an seiner Zukunft verzweifeln; er muß sich nur ernstlich bemühen, den ärztlichen Vorschriften voll nachzukommen und die notwendigen Uebungen mit Eifer und Ausdauer betreiben.

3. Selbst derjenige, dem ein oder mehrere Gliedmaßen fehlen, kann mit geeigneten künstlichen Gliedern, die ihm die Heeresverwaltung liefert, häufig, ja meistens in seinem alten Beruf wieder tätig sein, wenn er sich genügende Mühe gibt, das ihm Verbliebene in richtiger Weise auszunutzen und den Gebrauch der künstlichen Glieder zu lernen.

4. Und wer in seinem früheren Beruf nicht wieder tätig sein kann, kann sicher in einem anderen Beruf noch etwas leisten, nur muß er es sich nicht verdrießen lassen, mit Tatkraft und Fleiß sich in die neue Beschäftigung einzuleben.

5. Jeder, der es bedarf, wird sachverständigen Rat für die Wahl seines Berufes schon im Lazarett finden und nach seiner Entlassung Gelegenheit haben, sich in geeigneten Fachschulen usw. für einen neuen Beruf vorzubereiten oder in seinen alten Beruf wieder einzuarbeiten.

6. Jeder hüte sich darum, sich als ein unnützes Glied der Gesellschaft zu betrachten; er setze von Anbeginn seinen Stolz darin, trotz der für das

Vaterland erlittenen Verluste so bald wie möglich wieder ein schaffendes und erwerbendes Glied seiner Familie zu werden.

7. Es vermeide jeder, sei er verwandt oder befreundet, einen Verstümmelten in falschbetätigtem Mitleid nur immer zu bedauern und seine Hilflosigkeit zu beklagen. Bei aller herzlichen Teilnahme richte er ihn vielmehr auf, stärke er ihm das Vertrauen auf eine bessere Zukunft, die Hoffnung auf ein selbständiges Erwerbsleben, wie es dank der heutigen ärztlichen Kunst, dank der heutigen Technik und dank dem sozialen vaterländischen Sinn unseres Volkes, der Arbeitgeber wie der Arbeitnehmer für fast alle, auch die Schwerstbetroffenen, erreichbar ist.

Die Beschäftigungsaussichten der Kriegsbeschädigten. Von W. Schlüter. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1915, H. 5.

Der Berufsberater muß sich ein allgemeines Bild von den Beschäftigungsmöglichkeiten machen, welche die verschiedenen Berufe gewähren Als Berater von Arbeitsnachweisen für Kriegsverletzte sind die Gewerbeaufsichtsbeamten besonders geeignet. Dr. Wolf-Hanau.

---

5. Eisenbahnhygiene.

Periodische gesundheitliche Untersuchungen des Eisenbahnpersonals. Von Med.-Rat Dr. Gilbert-Dresden. Zeitschrift für Bahnärzte; 1916, Nr. 1.

Der Verfasser tritt für derartige Untersuchungen im Interesse der Verwaltung wie auch des Personals ein, und zwar alle 3 Jahre, legt ein Untersuchungsschema vor und bittet um Nachprüfung seiner Vorschläge.

Dr. Wolf-Hanau.

Ueber Siedelungsreform. Von Prof. Dr. Max v. Gruber. Zeitschrift für Wohnungswesen in Bayern; 1915, Nr. 10/12.

Der Traum des demokratischen Friedens unter den Völkern ist ausgeträumt. Die Völker müssen entweder auf das Leben verzichten oder um das Leben miteinander ringen. Wenn Rußland durch seine Agrarpolitik und durch das Schnapsverbot innerlich gestärkt sein wird, wird es abermals die Mittelmächte bedrängen. Der gegenwärtige Krieg ist lediglich die Einleitung zum großen Ringen zwischen Deutschen und Slaven. Die Zahl und Güte des deutschen Volkes wird auch in Zukunft den Ausschlag geben. Wir müssen Rassenhygiene in großem Stile treiben. Die Nationalisierung der Lebensverhältnisse hat auch auf das Geschlechtsleben übergegriffen. Ein völkerschwächender Individualismus macht sich geltend. Weniger Individual-, mehr Völkerhygiene ist notwendig. Die Beseitigung der Wohnart ist Vorbedingung zu einem guten und starken Volk. Der wirtschaftliche Unterschied zwischen einer kinderreichen und einer Zwergfamilie ist auszugleichen. Die Auswahl der ländlichen Siedelungen, die Höhe des Bodenzinses, das Kündigungsrecht, das Vererbungsrecht und die Verkaufsfreiheit sind nach dem Gesichtspunkte der zahlreichen Familie zu bemessen. Da Einzelfamilienhäuser nicht durchführbar sind, sind Wohnhäuser mit 3 Stockwerken für höchstens 6 Wohngemeinschaften zu errichten. 50 qm Wohnfläche und 100 qm Gartenfläche sind für jede Familie notwendig. Die Bauerngüter sind in der Größe zu staffeln. Mittlere Bauerngüter mit 8—15 ha, Gärtnerstellen mit 0,5—1,0 ha, ländliche Handwerkerstätten mit 1—2 ha, Wohnstellen mit 600—1250 qm sind je nach Bedarf zu errichten.

Bei der Auswahl der Vergebung ist auf geistige und körperliche Tüchtigkeit zu sehen; kinderreiche Familien müssen bevorzugt werden; kranke Familien sind auszumerzen; jeder Bewerber hat 10% der Kosten anzuzahlen. Bleibt die Familie unfruchtbar, so ist sie durch eine fruchtbare zu ersetzen. Das Vererbungsrecht in der kinderreichen Familie ist zu sichern. Die Anerben sind zu schützen. Dr. Graßl-Kempten.

Leitsätze für Wohnungs- und Siedelungsreform. Vom Vorstandsrat des Bayr. Landesvereins für Förderung des Wohnungswesens (e. V.). Zeitschrift für Wohnungswesen in Bayern; 1915, Nr. 10/12.

Die Wehrhaftigkeit ist eine Wohnungsfrage. Die wirtschaftliche Enge der gemeinnützigen Bauvereinigungen fordert eine staatliche Beihilfe nach dem Kriege. Nach zwei Richtungen wird sich die Wohnungsfürsorge betätigen müssen: 1. Fürsorge für die städtische industrielle Bevölkerung und den Mittelstand, 2. Heimstätten-Beschaffung für die Kriegsteilnehmer. — Die private Bautätigkeit muß in erster Linie die kinderreichen Familien berücksichtigen. Die Baulinien sind festzusetzen; die Bebauungsart durch Uebereinkommen der Großstädte mit den umliegenden Gemeinden zu regeln. Die oft übermäßigen Anforderungen an Kanalisation, Wasserleitung und Straßenherstellung sind einzuschränken. Die Gartenstadtbewegung ist zu fördern. Bei Siedelungen mit mehr als 600 qm ist auf die Kanalisation überhaupt zu verzichten und der Abortinhalt zu Dungzwecken zu verwenden. Das Enteinungsrecht der Gemeinde ist zu erhöhen. Um der Stadt mäßige Siedelung zu erleichtern, ist Hingabe von Baugelände nötig. Bauerleichterung ist einzuführen, der Verkehr zu verbilligen und ungeteilte Arbeitszeit anzustreben. — Bei der Heimstätte sind die kinderreichen Familien zu bevorzugen. Die Voraussetzungen der Gewährung einer Kriegerheimstätte sind: körperliche und wirtschaftliche Eignung und Leistungsfähigkeit, reichsgesetzliche Regelung der Heimstättenfrage, Tilgungszwang. Dr. Graßl-Kempten.

Besprechungen.

H. Bach-Bad Elster: **Anleitung und Indikationen für die Bestrahlungen mit der Quarzlampe (Künstliche Höhensonne).** Zweite ergänzte Auflage. Würzburg 1916. Verlag von C. Kabitzsch. Brosch. 1,60 M.

Die vom Verfasser angegebene und von der Quarzlampengesellschaft in Hanau vertriebene „Künstliche Höhensonne" hat seit dem Jahre 1911 zahlreiche Freunde in der Aerzteschaft gefunden. Der hohe Gehalt des Quarzlichtes an chemisch wirksamen ultravioletten Strahlen setzt den Arzt in die Lage, auch in der Heimat ein Verfahren einzuschlagen, wie es früher nur im strahlenden Lichte des Hochgebirges möglich war. Die Lampe besitzt eine Kerzenstärke von 12—15 000 H. K. und ist überall anzubringen, wo elektrische Lichtleitung zur Verfügung steht. Nach eingehender theoretischer Erklärung der Wirkungsweise seiner Lampe gibt der Verfasser in übersichtlicher Darstellung die große Reihe der Indikationen, auf deren Gebieten die Bestrahlungen sich mit Erfolg anwenden lassen. Dr. Gumprecht-Bad Lippspringe.

Tagesnachrichten.

Zu der **Bekämpfung des Geheimmittelunwesens, der Kurpfuscherei usw.** haben bekanntlich fast alle stellvertretenden Generalkommandos mehr oder weniger scharfe Verordnungen erlassen; die weitestgehende Verordnung dürfte in dieser Hinsicht die vom stellvertretenden Generalkommando des XIII. (Württembergischen) Armeekorps unter dem 8. Dezember v. J. erlassene Bekanntmachung sein, die folgenden Wortlaut hat:

„I. Auf Grund der §§ 4 und 9b des Gesetzes über den Belagerungszustand vom 4. Juni 1851 verbiete ich:

1. Anzeigen in der Presse, durch die Personen, die sich gewerbsmäßig mit der Behandlung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden an Menschen befassen, ohne die entsprechende staatliche Anerkennung (Approbation) zu besitzen, ihren Gewerbebetrieb ankündigen.

Dieses Verbot findet auf Zahntechniker keine Anwendung.

2. Die öffentliche Ankündigung oder Anpreisung von [illegible]nden und Mitteln, die zur Verhütung der Empfängnis oder zur [illegible]igung der Schwangerschaft oder von Menstruations[illegible]gen bestimmt sind.

Die Ankündigung oder Anpreisung von Arzneien, [illegible]ten und anderen Gegenständen, die zur Verhütung,

Linderung oder Heilung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen dienen sollen, durch die Presse ohne zuvor eingeholte Zustimmung des Medizialkollegiums.

Auf die erteilte Zustimmung darf in der Anzeige nicht hingewiesen werden.

Die Bestimmungen unter Ziffer 2 und 3 finden keine Anwendung, soweit die Ankündigung oder Anpreisung in wissenschaftlichen Fachkreisen auf dem Gebiete der Medizin oder Pharmazie erfolgt.

II. Den unter I Ziffer 1 genannten Personen wird auf Grund von Artikel 32 Nr. 5 des Württ. Polizeistrafgesetzes verboten:

1. eine Behandlung, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmungen an dem zu Behandelnden erfolgt (Fernbehandlung),
2. die Behandlung mittelst mystischer Verfahren,
3. die Behandlung von gemeingefährlichen Krankheiten (Aussatz, Cholera, Flecktyphus, Gelbfieber, Pest und Pocken) sowie von sonstigen übertragbaren Krankheiten,
4. die Behandlung aller Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane, von Syphilis, Schanker und Tripper, auch wenn sie an anderen Körperstellen auftreten,
5. die Behandlung von Krebskrankheiten,
6. die Behandlung mittelst Hypnose,
7. die Behandlung unter Anwendung von Betäubungsmitteln, mit Ausnahme solcher, die nicht über den Ort der Anwendung hinauswirken,
8. die Behandlung unter Anwendung von Einspritzungen unter die Haut oder in die Blutbahn, soweit es sich nicht um eine nach Nr. 7 gestattete Anwendung von Betäubungsmitteln handelt.

Die K. Oberämter werden ersucht, die Veröffentlichung dieser Bekanntmachung in den Amtsblättern zu veranlassen.

Daß auch Zivilbehörden derartige weitgehende und demzufolge auch wirksame Verordnungen treffen können, zeigt eine Verordnung des Königl. Sächsischen Ministeriums des Innern vom 27. November 1915, nur ist diese leider nicht gegen die Verhütung und Heilung von Menschenkrankheiten, sondern von Pflanzenkrankheiten bestimmt. Nach dieser Verordnung dürfen Mittel gegen derartige Krankheiten nur öffentlich angepriesen werden, wenn ihre Zusammensetzung bekannt gegeben wird oder wenn sie vorher von der „Hauptstelle für Pflanzenschutzdienst im Königreich Sachsen" in Dresden untersucht, geprüft und zugelassen sind.

In **Bayern** wird nach einer Bekanntmachung des dortigen Staatsministers für Verkehrsangelegenheiten vom 14. Dezember jetzt auch den **Fürsorgeschwestern für Lungenkranke** die **Fahrpreisermäßigung** auf den Eisenbahnen gewährt, die das Pflegepersonal bei Reisen zur Ausübung der öffentlichen Krankenpflege genießt (in der II. und III. Klasse halber Eilzugspreis, in Schnellzügen außerdem tarifmäßiger Zuschlag). Voraussetzung ist, daß die Fürsorgeschwestern an Fürsorgevereinen für Lungenkranke angestellt sind.

Ehrentafel.[1]) Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz II. Kasse:

Med.-Rat Dr. Becker, Chefarzt des Vereinslazarettes vom Roten Kreuz und beratender Chirurg für das Reservelazarett Hildesheim.

---

[1]) In Bezug auf die Ehrentafel muß sich die Redaktion darauf beschränken, nur diejenigen Auszeichnungen zu bringen, die Medizinalbeamte und Mitglieder der Medizinalbeamtenvereine betreffen. Nur die Verleihungen des Eisernen Kreuzes I. Klasse werden auch weiterhin vollständig gebracht werden, ebenso die Namen der auf dem Felde der Ehre gefallenen oder gestorbenen Aerzte. Die Mitteilungen werden sich jedoch auch ferner auf die im Felde stehenden Söhne der Medizinalbeamten usw. erstrecken, soweit sie der Redaktion bekannt geworden sind; sie ist deshalb für die Zusendung solcher Mitteilungen sehr dankbar.

Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:
Oberstabsarzt d. L. Med.-Rat Dr. Brandt, Gerichtsarzt in Hannover.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Assistenzarzt Dr. Ludolf Diesing.
Stabsarzt Dr. L. Friedemann aus Berlin (gestorben infolge von Krankheit).
Cand. med. Friedrich Harmeyer.
Stabsarzt Dr. H. Ladenburger-Mannheim.
Dr. P Lindner-Danzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hugo Müller, Kreisarzt in Berent (Westpr.).
Stud. med. Werner Schulze.
Unterarzt Dr. Töringer.

Aussatz. Im Deutschen Reich (Preußen) ist in der Woche vom 6.—12. Januar in einem Gefangenenlager bei einem Kriegsgefangenen Aussatz festgestellt worden.

Cholera. Im Deutschen Reich sind Choleraerkrankungen auch weiterhin nicht vorgekommen; in Oesterreich betrug ihre Zahl (und die der Todesfälle) vom 12. bis 25. Dezember v. Js. 10 (7) und 85 (15). Außerdem wurden in Kroatien und Slavonien vom 29. November bis 20. Dezember 29 (27), 20 (18) und 24 (4) Fälle, meistens bei Kriegsgefangenen, festgestellt. In Ungarn betrugen die Zahlen in den 4 Wochen vom 6. Dezember bis 2. Januar 72 (42), 122 (76), 53 (25) und 21 (16), davon kamen 49 (24), ? (?), 22 (11) und 11 (10) Fälle unter Kriegsgefangenen vor.

An **Fleckfieber** sind im Deutschen Reiche in der Zeit vom 6. bis 26. Jan. wieder einige Erkrankungen bei Kriegsgefangenen in Gefangenenlagern sowie bei vom östlichen Kriegsschauplatze heimkehrenden Soldaten festgestellt worden.

Pocken-Erkrankungen sind im Deutschen Reiche in jeder der drei Wochen vom 6. bis 26. Januar je 1 beobachtet und zwar 2 an aus Russisch-Polen zugewanderten Arbeitern und der dritte an einem vom östlichen Kriegsschauplatze heimkehrenden Soldaten. Im General-Gouvernement Warschau wurden in der Zeit vom 5. bis 11. Dezember 144 Erkrankungen und 15 Todesfälle gemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 26. Dezember 1915 bis 15. Januar 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Rotz, Aussatz: — (—), Trichinose: — (—), — (—), — (—), 10 (—); Tollwut: 1 (—), — (—), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 9 (—), 3 (—), 8 (—), 16 (—); Milzbrand: 1 (1), — (—), — (—), 1 (—); Pocken: — (—), — (—), 1 (—), (—) (—); Unterleibstyphus: 154 (20), 9 (—), 184 (13), 197 (14); Ruhr: 28 (8), 1 (2), 26 (4), 33 (7); Diphtherie: 3858 (270), 251 (15), 3768 (307), 3560 (263); Scharlach: 2096 (127), 142 (7), 2534 (132), 2389 (130); Kindbettfieber: 68 (25), 2 (2), 57 (15), 70 (23); Genickstarre: 8 (3), — (—), 13 (5), 20 (6); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 2 (—), — (—), 1 (1), — (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 32, 3, 27, 33; Tuberkulose (gestorben): 676, 40, 676, 803.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 4. Ausgegeben am 20. Febuar 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 4.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

2. Fleckfieber.

3. Typhus.

4. Weilsche Krankheit.

5. Genickstarre.

6. Tuberkulose.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Bekämpfung der Staubplage.

2. Wasserversorgung.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Encke, Direktor der Provinzial-Heilanstalt Neuhof bei Ueckermünde, Dr. F. A. Mann, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Paderborn, Dr. O. Mönkemöller, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Langenhagen, Dr. H. Schröder, Direktor der Provinzial-Heil-

und Pflegeanstalt in Hildesheim; — das Komturkreuz mit Schwertern des Königl. Hausordens von Hohenzollern: dem Generalstabsarzt der Armee, Prof. Dr. v. Schjerning, Chef des Feldsanitätswesens.

Ernannt: Der Geh. Med.-Rat und vortragende Rat im Ministerium des Innern Dr. Krohne in Berlin zum Geheimen Obermedizinalrat.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Oberarzt Dr. Karl Eisen an der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren zum Direktor an der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg.

Reichsland Elsass-Lothringen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Kreis- und Stadtarzt Med.-Rat Dr. Köster in Metz; — als Medizinalrat: dem Kreis- und Stadtarzt Dr. Belin in Straßburg i. Els., den Kreisärzten Dr. Giss in Diedenhofen und Dr. Krimke in Schirmeck; — als Sanitätsrat: dem Schularzt Dr. Oppenheimer in Straßburg i. Els. und dem Kantonal- und Bahnarzt Dr. Raab in Kürzel.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof** über **„Diplosal"** bei, worauf wir noch besonders aufmerksam machen.

---

29. Jahrg. | 1916.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 4.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Febr.

Tuberkulose und Schwangerschaft.

Von Prof. Dr. **Roepke**-Melsungen.

In einem klinischen Vortrage des Direktors der Universitäts-Frauenklinik Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. J. Veit, über „Appendizitis und Schwangerschaft"[1]) heißt es: „Die Kombination von Schwangerschaft mit Appendizitis führt in heutiger Zeit immer noch einzelne Aerzte dazu, daß sie meinen, deswegen müsse eine Schwangerschaft unterbrochen werden. Sie wissen, daß ich in bezug auf Erhaltung der Schwangerschaft sehr ernste Grundsätze habe, so ernst, daß das Publikum schon weiß, daß nicht jeder Fall von Tuberkulose bei Schwangerschaft von mir mit der künstlichen Fehlgeburt behandelt wird, und so sehe ich die Kombination von Tuberkulose und Schwangerschaft jetzt viel seltener als andere Aerzte. Wenn Aerzte einmal wegen dieser Komplikation die Schwangerschaft unterbrochen haben, so gibt es oft schon

[1]) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 4.

kein Halten mehr.[2]) Ich bin überzeugt, daß die Bewegung gegen die weitere Ausdehnung der Indikation der Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Tuberkulose, welche unter dem Einflusse des Krieges eingesetzt hat, nirgends nützlicher wirken wird wie auf diesem Gebiete.[2])"

Ich gebe diese Sätze hier im Wortlaut wieder, weil man so zwischen den Zeilen besser den Vorwurf heraus lesen kann, den Veit, jedenfalls mit gutem Grunde, gegen „einzelne Aerzte" erheben zu müssen glaubt. Die Lage, in der sich unser Volk nach den ungeheuren Verlusten an Menschenleben durch den Weltkrieg befindet, berechtigt m. E. einen klinischen Universitätslehrer in allererster Linie, so deutlich und schonungslos vor seinen klinischen Hörern den Finger in eine Wunde zu legen, die zu schließen die gegenwärtige Zeit wie keine mahnt und zwingt.

Nach den meisten Rechtslehrern ist die Anwendung der §§ 219—220 des Strafgesetzbuches auf die nur aus medizinischen Gründen vorgenommene Fruchtabtreibung zwar ausgeschlossen, weil, wie Rapmund-Dietrich in der „Aerztlichen Rechts- und Gesetzeskunde"[3]) ausführen, diese Gesetzesparagraphen nur die in rechtswidriger Absicht die Tötung der Frucht bezweckende Abtreibung ahnden, keineswegs jedoch den zur Rettung der Mutter dienenden operativen Eingriff. „Voraussetzung der Straflosigkeit ist allerdings nicht bloß die Einwilligung der Mutter oder ihres Vertreters, sondern vor allem auch die sorgfältige Abwägung aller Umstände, die den beabsichtigten Eingriff nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft rechtfertigen und notwendig machen. Die Besorgnis einer drohenden und besonderen Lebensgefahr für die Mutter muß jedenfalls begründet sein; liegt aber ein solcher Notstand vor, dann ist der Arzt sogar verpflichtet, den erforderlichen Eingriff entweder selbst zu machen oder die Zuziehung eines zweiten Arztes[2]) deshalb zu veranlassen." Der Entwurf eines deutschen Strafgesetzbuchs wird voraussichtlich pflichtgemäßes ärztliches Handeln in dieser Frage in gleicher Weise decken.

Was die Schwangerschaftsunterbrechung selbst anbetrifft, so raten Rapmund-Dietrich in Uebereinstimmung mit Ahlfeld[4]) dringend jedem Arzt, der sich zu einem solchen Eingriff genötigt sieht, stets einen erfahrenen Kollegen heranzuziehen, die Indikationen im Verein mit diesem sorgfältig abzuwägen[2]) und sich der zuvorigen Genehmigung der Beteiligten zu versichern, um bei etwa erfolgenden Angriffen in jeder Weise gedeckt zu sein.

Der gleiche Vorschlag, daß jedesmal zwei Aerzte über

---

[2]) Im Original nicht gesperrt.

[3]) Erster Band; S. 150—153. Verlag von Georg Thieme-Leipzig.

[4]) Lehrbuch der Geburtshilfe; III. Aufl., S 563. Verlag von Wilhelm Grunow-Leipzig.

die künstliche Unterbrechung einer Schwangerschaft entscheiden sollen, ist von v. Franque[5]) gemacht. Er bildet auch den Antrag der Aerztekammer der Rheinprovinz, folgenden Zusatz zur ärztlichen Standesordnung zu beschließen: „Es ist standesunwürdig, einen künstlichen Abortus ohne vorhergehende gewissenhafte Indikationsstellung in Beratung mit einem zweiten Arzte auszuführen. Die Indikationsgründe sind protokollarisch kurz festzulegen, mit den Unterschriften zu versehen und 5 Jahre lang von dem operierenden Arzte aufzubewahren.“ Von den Vertretern der Aerztekammer der Provinz Hessen-Nassau sind in der Sitzung vom 5. Dezember 1915 gegen den Antrag „vielfache formale und rechtliche Bedenken“ geäußert; seine weitere Beratung ist auf die nächste Sitzung verschoben.[6])

Die gleiche Forderung erhebt neuerdings Credé-Hoerder[7]) in einer sehr lesenswerten Schrift, die die Beziehungen der Tuberkulose zu Schwangerschaft, Ehe, Wochenbett und Stillgeschäft vom Standpunkte des Geburtshelfers bespricht. Bei allen Eingriffen, abgesehen von ganz dringenden Fällen, auf dem Lande usw., soll über die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei einer tuberkulösen Frau „stets von zwei Aerzten“ entschieden werden. „Dem gewissenhaften Arzt, speziell dem Gynäkologen, dem Praktiker, der die Unterbrechung der Schwangerschaft nachher ausführt, muß es ja auch nur erwünscht sein, wenn seine Entscheidung, von der hier nicht nur das Leben seiner ihm anvertrauten Patientin, sondern auch das entstehende neue Leben abhängt, noch einmal gewissenhaft von einem tüchtigen Arzt und Kollegen nachgeprüft wird.“[2]) Credé-Hoerder begründet die Forderung mit dem anerkennenswerten Geständnis, daß der nur gynäkologisch tätige Arzt meist nicht so geschult in den Feinheiten der Lungenuntersuchung und nicht so erfahren in Tuberkulosefragen ist, wie der Internist und der Arzt mit reicher Erfahrung auf diesem Gebiete. Ferner wünscht Credé-Hoerder ebenfalls, daß derjenige, der die Unterbrechung der Schwangerschaft übernimmt, unbedingt ein schriftliches Gutachten über den Lungenbefund durch den Internisten oder praktischen Arzt fordern soll. „Es ist für diesen ein großer Unterschied, ob er die mündliche Erklärung in irgendeiner Form abgibt: Hier muß unterbrochen werden! oder ob er seine Ansicht und seinen Befund schriftlich bekräftigt. Das Wort vergeht, die Schrift besteht, das gilt hier in verstärktem Maße.“ Und „wer aus der Praxis weiß, welch großes Entgegenkommen auf derartige Wünsche das Publikum oft fordert, wer weiß, wie außerordentlich stimulierend auf manche Aerzte die Reflexion wirken kann: Tue ich es nicht, so tut es ja doch ein anderer —“, der wird den Vor-

---

[5]) Juristisch-psychiatrische Grenzfragen; 1910, Bd. 7, H. 4.
[6]) Korrespondenzblatt der Aerztekammer; Bd. VI, H. 22, S. 891.
[7]) Tuberkulose und Mutterschaft; Verlag von J. Karger-Berlin.

schlägen zustimmen, da sie „letzten Endes doch nur darauf hin abzielen, daß die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft einer tuberkulösen Frau auf das allergewissenhafteste nach allen Richtungen hin überlegt und abgewogen werden müssen.“ Döderlein möchte hierbei den Gynäkologen gewissermaßen nur als den Ausführenden der Indikationsstellung des Internisten betrachtet wissen.

Es ist zuzugeben, daß die Zuziehung des zweiten Arztes, wenn sie allseitig befolgt und bindend werden würde, die Einleitung künstlicher Aborte bzw. Frühgeburten aus unzureichenden Gründen erschweren, wenn auch wohl nicht auf die notwendigen Schwangerschaftsfälle tuberkulöser Frauen beschränken würde. Auch F. Straßmann[8]) erblickt in dem Zusammenwirken zweier Aerzte nicht immer die notwendige Gewähr dafür, daß die Indikation so streng gefaßt wird, wie man es verlangen muß. Besonders scheinen ihm „leichte tuberkulöse Affektionen oder auch nur verdächtige Befunde als willkommene Indikation für eine Unterbrechung der Schwangerschaft angenommen“ zu werden. Die Zuziehung eines xbeliebigen zweiten Arztes oder das schriftliche Gutachten eines praktischen Arztes über den Lungenbefund bieten aber auch keine irgendwie ausreichende Gewähr dafür, daß selbst eine „gewissenhafte Indikationsstellung“ objektiv zutreffend ist und medizinisch berechtigt, die Schwangerschaft im Interesse der Mutter zu unterbrechen, oder sie ohne deren Gefährdung und Gesundheitsschädigung bestehen zu lassen. Es würden Fehlgriffe im Unterbrechen und Erhalten der Schwangerschaft vorkommen, wenn auch bona oder sogar optima fide. Auch in diesem Zusammenhange liegt nämlich die Beurteilung für die Tuberkulose in ihrer weitaus häufigsten und praktisch wichtigsten Erscheinungsform, der Lungentuberkulose, ganz besonders schwierig.

In einem Vortrage[9]) über die „Fürsorge für die aus Lungenheilstätten Entlassenen“, habe ich vom prophylaktischen Standpunkt ausgeführt, daß das tuberkulosegefährdete und tuberkulöse weibliche Geschlecht besonderer aufklärender Beratung, Fürsorge und Schonung bedarf. Der Tuberkulosearzt kann daher auch der Erhöhung der Geburtenziffer um jeden Preis nicht zustimmen, so berechtigt und notwendig alle Bestrebungen sind, dem Geburtenrückgang in Deutschland entgegenzutreten. Wir wissen zwar, daß die Vererbung der Tuberkulose von den Eltern auf die Frucht praktisch so gut wie keine Rolle spielt; aber die Vererblichkeit der Disposition zur Tuberkulose ist wohl nicht zu bestreiten und zwingt aus rassehygienischen Gründen, die Quantität des Nachwuchses

---

[8]) Die Behandlung der Abtreibung im künftigen Strafgesetzbuch. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin; 49. Bd., 2. H.

[9]) Verhandlungen des Deutscheu Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose; 1914.

nicht auf Kosten der Qualität zu überschätzen. Dieser Auffassung hat erst jüngst eine Bestätigung durch den Geh. Ober-Med.-Rat v. Gruber auf der Tagung für „Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft“ gefunden. v. Gruber führte in seinem Vortrage über „die Hebung der Rasse“ u. a. aus: Die Entwicklung des Individuums hänge von den Entwicklungsbedingungen und den der Geburt vorausgehenden Vorgängen ab; durch gewerbliches Gift, durch das Gift der Syphilis oder Tuberkulose komme es zuweilen zu einer Vergiftung des Kindes im Mutterleibe und zu nicht mehr ausgleichbaren Veränderungen. Ungünstige Umweltverhältnisse spielen bei der Keimbildung eine Rolle; am meisten wirke jedoch die im Keimplasma liegende sog. Erbmasse auf die Eigenschaften des Nachwuchses ein. Die Gemeinschaft müsse danach trachten, die Fortpflanzung der Plus-Varianten zu fördern und die Minus-Varianten von der Fortpflanzung auszuschließen. Die Fortpflanzung minderwertiger Geschöpfe — und ein großer Prozentsatz der Tuberkulosekranken ist zweifellos somatisch minderwertig — müsse eingeschränkt werden. Umfassende Bekämpfung des Alkoholismus, der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten werden zur Hebung der Rasse beitragen.

Diese Lehren und Forderungen gewinnen angesichts der kontraselektorischen Auslese des Krieges eine erhöhte Bedeutung. Auch in der Zukunft kann an Nachkommenschaften tuberkulöser Mütter, bei denen eine Vererbung der Anlagen nach der Minusseite stattfindet und an den Kindern in Schwäche und Prädisposition für die tuberkulöse Erkrankung zum Ausdruck kommt, der Nation nicht so viel gelegen sein, daß darüber das Leben der Mutter gegen das der Frucht zurücktritt. Daher habe ich auch in meinem Vortrage[9]) des weiteren empfohlen, daß tuberkulöse Mädchen überhaupt nicht und klinisch geheilte Mädchen nicht innerhalb der nächsten zwei Jahre nach einer Heilstättenkur eine Ehe eingehen. Für die gleiche Zeit sei klinisch geheilten Frauen der Eintritt der Schwangerschaft zu widerraten; letztere bedeute für nicht geheilte Frauen meist sogar eine Herabsetzung der Lebensaussichten und Gefahren, die für Mehrgebärende größer zu sein pflegen, als für Erstgebärende.

Mit solchen prophylaktischen Ratschlägen wird aber erfahrungsgemäß nicht viel erreicht, zumal die Lungentuberkulose an sich kein Hinderungsgrund für die Konzeption ist, außer in ihrem vorgeschrittenen Stadium. Tritt Konzeption ein, dann soll der Arzt raten oder ein selbst unerlaubtes Mittel helfen. Das Vertrauen in die medizinisch begründete und approbierte Hilfsbereitschaft soll bei graviden Tuberkulösen auch nicht erschüttert werden, selbst wenn der stille Wunsch, die Schwangerschaft los zu werden, nicht immer berechtigtem Selbsterhaltungstrieb oder schweren tuberkulösen Organveränderungen entsprungen ist. Man vergesse als Arzt nicht, daß diese Patienten oft hereditär

belastet und überängstlich, tuberkulosefürchtende oder sonst aus ihrem seelischen Gleichgewicht herausgefallene Naturen sind, die beruhigt und beobachtet, jedenfalls fest in ärztlicher Hand behalten werden müssen, bis eine eindeutige Indikationsstellung nach der einen oder anderen Richtung hin möglich ist. Dadurch wird man am ehesten der voreiligen heimlichen Fruchtabtreiberei den Zufluß abgraben, manche Schwangerschaft erhalten und normal ablaufen sehen, manche kunstgerecht unterbrechen und dadurch aus dem erhöhten Gefahrenbereich herausbringen.

Jedenfalls ist aber — und damit wiederhole ich meine erste und grundsätzliche Forderung — in allen Fällen von Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht die Frage mit fachärztlicher Gründlichkeit und Sicherheit zu prüfen, ob eine eingetretene Schwangerschaft bestehen bleiben darf. Indiziert ist ihre künstliche Unterbrechung ohne weiteres bei einer offenen, ulzerösen, kavernösen, diffusen oder über einen ganzen Lungenlappen ausgedehnten, also vorgeschrittenen Tuberkulose. Ebenso bei sichergestellter Komplikation der Tuberkulose durch Hyperemesis, Nephritis, schwere Chlorose, pleuritisches Exsudat und bei tuberkulöser Mitbeteiligung des Kehlkopfes; letztere ist die wichtigste und schlimmste Komplikation der Schwangerschaft. Dagegen ist bei den initialen, geschlossenen, torpiden, fibrösen Formen, namentlich beim Fehlen von Komplikationen, nicht schon der Nachweis tuberkulöser Veränderungen in der Lunge, sondern erst der Nachweis ihres Fortschreitens oder Fortgeschrittenseins im Lungengewebe unter dem Einflusse der Schwangerschaft entscheidend. Es soll damit der Standpunkt des Tuberkulose-Facharztes zum Ausdruck kommen, der die von Maragliano, Queirel, Hamburger, Heimann, Pradella, Schauta u. a. erhobene Forderung, bei jeder Tuberkulose den künstlichen Abort einzuleiten, unbedingt ablehnt.

In der Notwendigkeit der verschiedenen Behandlung tuberkulöser Schwangerschaftsfälle liegt zugleich die große Schwierigkeit. Es ist die Schwierigkeit der ganzen Frage, sie ist diagnostischer und prognostischer Natur und wird allgemein unterschätzt. Oft steht für die Beobachtung des Lungenbefundes auch nur kurze Zeit zur Verfügung. Im Falle der Notwendigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung soll nämlich die für den künstlichen Abort geltende Zeit der ersten zwei bis drei Schwangerschaftsmonate möglichst innegehalten werden, während die künstliche Frühgeburt gegenüber der normalen Entbindung weniger Vorteile bietet, immerhin aber die Prognose mancher tuberkulösen Frauen noch zu verbessern vermag. Ich verweise hier hinsichtlich der Einzelheiten auf Credé-Hoerder, der 3 Gruppen unterscheidet für die verschiedenen Indikationsstellungen und Eingriffe, die bei schwangeren Tuberkulösen erforderlich sein können: 1. Fälle, in denen die Einleitung eines künstlichen Abortes erforderlich ist;

2. Fälle, in denen die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt sich notwendig macht; 3. Fälle, in denen die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen darf. Die Unterscheidung und Abgrenzung wird, abgesehen von dem leicht feststellbaren Stadium der Schwangerschaft, von dem Allgemeinzustand, dem Lungenbefund und den durch die Gravidität gesteigerten Wechselwirkungen abhängen.

Es besteht Uebereinstimmung darüber, daß die Schwangerschaft 1. das Haften der tuberkulösen Infektion erleichtern kann (Tuberkuloseentstehung), 2. abgekapselte Tuberkuloseherde zum Aufflackern bringen kann (Tuberkuloseaktivierung), 3. bestehende Tuberkulose der Lunge örtlich oder allgemein verschlimmern kann (Tuberkuloseausbreitung). Und zwar sind es dann allgemeine und örtliche Einflüsse, die die ungünstigen Veränderungen in der feinen Struktur der Lungen bedingen. Ich nenne hier nur die Verminderung der thorakalen und diaphragmatischen Atmung während der Gravidität, die Arbeitsüberlastung der am meisten gefährdeten Lungenspitzen, die Aenderung des physiologischen Körperhaushaltes, anatomische und histologische Gewebsveränderungen und solche in der Blut- und Lymphbewegung, Auflockerung der Gewebe, mangelhafte Antikörperbildung und Phagozytose, Anreicherung des Blutes mit Cholestearin und Fett. Manches hiervon ist noch hypothetisch. Sicher ist, daß die Statistik die Häufigkeit der Entstehung der Lungentuberkulose unter dem Einflusse der Schwangerschaft mit 32 % überschätzt, daß aber in der Praxis und auch in Entbindungsanstalten und Frauenkliniken ein großes Kontingent von tatsächlich tuberkulösen Schwangeren unerkannt und unbeobachtet entbunden wird. Die tuberkulöse Frau ist nicht nur in der Geburtshilfe und Gynäkologie, wie Credé-Hoerder sagt, mehr oder weniger ein „Stiefkind" geblieben, sondern in der medizinischen Diagnostik überhaupt und in der Praxis erst recht. Deshalb ist es auch nicht auffallend, wenn als Anzeichen für Entstehen, Aufflackern bzw. Verschlimmern der Lungentuberkulose infolge oder im Verlaufe der Schwangerschaft angesehen, im Einzelfall festgestellt und prognostisch gewertet wird, was von den Befunden und Erfahrungen der Tuberkuloseärzte sehr, oft allzuweit abweicht.

Nur einige wichtige Punkte. Ich habe wiederholt bei tuberkuloseverdächtigen oder noch initialen Tuberkulosefällen beobachtet, daß nach anfänglich gutem Verlauf und bei gleichbleibendem Lungenbefund eine akute Verschlimmerung einsetzt, daß solche Verschlechterungen ganz unerwartet erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft eintreten können, ohne daß sich Fieber und Gewichtsabnahme als ungünstige Vorboten warnend bemerkbar machen. Das ist praktisch sehr wichtig.

Ferner ist nach meinen Erfahrungen der Ausfall der lokalen Tuberkulinreaktionen für die Indikationsstellung

nicht zu verwerten, auch nicht im Sinne von E. Martin, der bei positivem Ausfall das Vorhandensein ausreichender Resistenzkräfte des tuberkulösen Organismus annimmt, im negativen Falle aber den Abort für angezeigt hält. Die Reaktionsfähigkeit sinkt oder erlischt gegen das Schwangerschaftsende, um im Wochenbett wieder anzusteigen. Wenn Zweifel bestehen, ob bei einer Gravida überhaupt Tuberkulose vorliegt, dann ist das einzige, was eine Tuberkulose mit Sicherheit ausschließen läßt, der negative Ausfall der subkutanen Tuberkulindiagnostik; das Verfahren ist bei richtiger Methodik ungefährlich, auch für die Frucht. Dagegen kann die Konjunktivalreaktion überhaupt nicht mehr mit gutem Gewissen als unbedenklich empfohlen werden; und der Wert der kutanen Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet ist bei Erwachsenen zu diagnostischen und prognostischen Zwecken ganz unsicher und bei Schwangeren noch zweifelhafter als bei Nichtschwangeren. Ihr negativer Ausfall trotz vorhandener Tuberkulose ist nicht mit irgendwelcher Sicherheit als ein ungünstiges Zeichen zu deuten.

Wollte man also in diagnostisch oder prognostisch unklaren Tuberkulosefällen die Entscheidung, ob eine Schwangerschaft zu unterbrechen ist oder nicht, von dem Ausfall der lokalen Tuberkulinreaktionen abhängig machen oder auch nur mitbestimmend beeinflussen lassen, — es gäbe ein Opfern von Föten oder Müttern, das der Kurpfuscherei nicht nachstände. Das behaupte ich auf Grund besonders umfangreicher Einblicke in das Wesen der Tuberkulinproben!

Auch die Zuhilfenahme der von Credé-Hoerder hoch eingeschätzten Röntgenuntersuchung läßt regelmäßig dann im Stich, wenn die Frage zu entscheiden ist, ob physikalisch nachweisbare Lungenveränderungen tuberkulösen Ursprungs oder aktiven Charakters sind. Ueberhaupt kommt es hier weniger auf die Frage der klinischen Frühdiagnose der Lungentuberkulose an als auf die Differentialdiagnose und noch mehr auf die Unterscheidung aktiver Lungenherde von inaktiven, weiter auf die ärztliche Fähigkeit, durch die physikalische Untersuchung den Tuberkuloseherd möglichst zutreffend abzugrenzen und zu beobachten, ob sich die Grenze des Pathologischen nach dem gesunden Lungengewebe hin verschiebt, ob Infiltrationen oder katarrhalische Erscheinungen sich ausbreiten oder als Metastasen in bisher freien Abschnitten feststellbar werden. Das ist aber nur dem geübten Untersucher möglich, der auch feine Unterschiede und geringe Abweichungen der Perkussions- bzw. Auskultationsergebnisse richtig erkennt und deutet.

Deshalb halte ich als zweiten Arzt, der über die Unterbrechung einer Schwangerschaft bei tuberkuloseverdächtigen und tuberkulösen Schwangeren mit entscheiden soll, den Tuberkulose-Facharzt für den berufensten und möchte ihm für die Indikationsstellung den Vorzug eingeräumt wissen vor dem praktischen Arzt, vor dem Frauenarzt und selbst vor

den Vertretern der inneren Medizin. Diagnostische Fähigkeiten einzelner Kollegen sollen nicht in Zweifel gezogen werden. Es gibt unter den Praktikern und in allen Disziplinen gute Untersucher der Atmungswege, ich kenne aber auch andere, selbst Internisten von gutem Rufe, und kein Arzt wird bestreiten können, daß er, wenn er Perkutieren und Auskultieren nicht sehr sicher beherrschen gelernt hat und dauernd und kritisch übt, Feinheiten überhört und unsicher wird, zumal wenn das Gehör durch endo- oder exogene Vorgänge schwächer oder mit höherem Alter weniger reizempfindlich wird.

Ist der zweite Arzt bei Entscheidung der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose tunlichst ein Tuberkulose-Facharzt oder wenigstens ein Internist, dann kann der andere Arzt, der den Eingriff zur Frage stellt oder ihn ausführt, der behandelnde Arzt oder — für die meisten Fälle besser — ein Gynäkologe sein. In der Praxis hat sich schon vielfach der Gebrauch ausgebildet, daß der Gynäkologe für die Feststellung des Lungenbefundes und der Indikation einen Tuberkulosearzt oder Internisten heranzieht, während diese mit der als notwendig erkannten Ausführuug des Eingriffes in der Regel den Frauenarzt zu betrauen pflegen.

Der praktische Arzt tritt dabei allerdings in den Hintergrund, und man könnte im Zweifel sein, ob solche Einengung der ärztlichen Allgemeinpraxis bei der ohnehin zunehmenden Spezialisierung der Heilkunde erlaubt und wünschenswert ist. Aus jahrelanger fachärztlicher Praxis weiß ich, daß viele praktische Aerzte nicht ungern darauf verzichten, bei tuberkulösen Schwangeren im Sinne der künstlichen Unterbrechung aktiv beteiligt zu werden. Es ist das auch verständlich, weil die Vornahme der jeweilig indizierten Eingriffe in der Sprechstunde untunlich, im Hause der Graviden recht zeitraubend ist und nicht die sichere und kunstgerechte Ausführung, Nachbehandlung usw. verbürgt wie in einer allgemeinen oder Spezial-Krankenanstalt. Dazu kommt, daß der künstliche Abort nicht in allen Fällen die Verschlimmerung der Tuberkulose aufzuhalten vermag und diese dann dem Praktiker, wenn auch völlig unberechtigt, zum Vorwurf gemacht werden kann. Das gilt in noch weit höherem Maße für die künstliche Frühgeburt, die selbst in Frauenkliniken und bei Fällen des I. Tuberkulosestadiums 40 % Mortalität aufweist und jenseits des fünften Monats so umstritten ist, daß eigentlich nur der gynäkologisch tätige Arzt die Verantwortung übernehmen kann. Dann kommen auch eingreifendere Operationen wie Totalexstirpation, gleichzeitige Sterilisierung in Frage, die unbedingt in der Hand des Gynäkologen verbleiben müssen. Die Frage der gleichzeitigen Sterilisierung wird nach meinen Erfahrungen auch schon häufig vor der Einleitung des künstlichen Abortes auftauchen und erheischt immer eine ganz besonders kritische Prüfung der Notwendigkeit bzw. Zweckmäßigkeit; sie ist so schwerwiegend, daß sie, von einem

Arzte beschlossen und ausgeführt, geradezu einen sträflichen Leichtsinn bedeuten würde.

Für die Indikationsstellungen sind außer dem Stadium der Schwangerschaft und dem Verlauf der Tuberkulose die sozialen Verhältnisse zwar nicht entscheidend, aber doch von Wichtigkeit. Man mag sie in der Theorie außer acht lassen wollen, in der Praxis wird man sie berücksichtigen müssen, wenn man die tuberkulöse Frau im Ruhestadium ihrer Erkrankung erhalten, die Zahl der künstlichen Fehl- und Frühgeburten auf das unbedingt notwendige Maß zurückdrängen und vor allem das Uebel des kriminellen Abortes wegen vorhandener oder vermeintlicher oder fehlender Tuberkulose eindämmen will. Die verschiedenen Mittel und Wege zu diesem Ziele, das im Volksinteresse sehr dringlich ist und auch in dem Arbeitsfelde der Medizinalbeamten liegt, sollen einer späteren Veröffentlichung vorbehalten bleiben. Die tuberkulöse Frau darf jedenfalls in der sozialen Medizin nicht weiter das Stiefkind bleiben und gerade dann nicht, wenn für sie im Zustande der Schwangerschaft der Arzt „zum Herrn über Leben und Tod“ wird.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber Vergiftung mit Azetylengas. Von Dr. Nicol. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 6.

Die toxische Wirkung des Azetylens ist sehr gering; erst in hoher Konzentration wirkt es betäubend. — In zwei beobachteten Fällen ergab sich folgendes Krankheitsbild: Tief komatöser Zustand, tiefe, langsame Atmung, Brechreiz, Zyanose des Gesichtes. Puls klein, frequent, unregelmäßig. Pupillen erweitert, starr. Bauchdecken und Kremasterreflexe nicht auslösbar; kein Patellar- und Fußklonus. Auf Anruf oder sonstige Reize keine Reaktion. — Unter dem Einflusse von O-Inhalationen und Exzitantien schnelle Besserung. Nach 1 Stunde rauschartige Erregungszustände. Der Kranke schlägt um sich, wirft sich herum, ist nur mit Mühe zu halten; Gesichts- und Gehörshalluzinationen treten auf; plötzlich lacht er laut; gibt verwirrte Antwort. Nach 2 Stunden fester Schlaf. (Also ein Krankheitsbild, wie wir es in der Narkose sehen). Der Nachweis von Kohlenoxyd im Blute ist nicht gelungen.

Dr. Graßl-Kempten.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Schlaganfall. Kein ursächlicher Zusammenhang mit einer 3 Stunden vorher verrichteten schweren Arbeit (Wagenschieben). Urteil des Reichsversicherungsamts vom 13. Oktober 1915.

Der Hauer Franz B. in Altwasser war am 27. Juli 1913 gegen 9½ Uhr zur Nachtschicht angefahren und hatte zunächst zwei volle Förderwagen vom Fördergestell wegzuschieben und an deren Stelle zwei leere Wagen aufzurücken. Diese Arbeit mag dem B. schwer gefallen sein, zumal die ersten beiden Wagen durch Geröll hindurch, das auf den Schienen lag, geschoben werden mußten. Er hatte zwar über „die Schinderei“ geschimpft, dann aber doch einige Stunden weitergearbeitet. Gegen 1 Uhr nachts in der Eßpause erwähnte er dem Kameraden gegenüber ein merkwürdiges Müdigkeitsgefühl, konnte aber auch danach wieder noch zirka 3 Stunden weiterarbeiten, ohne daß sein Arbeitskamerad etwas Auffälliges an ihm bemerkte. Gegen vier Uhr morgens fiel er plötzlich bei der Arbeit um und mußte bewußtlos ins Lazarett

geschafft werden, wo er bald nach der Einlieferung starb. Er war, wie die Leichenöffnung ergab, einem Gehirnschlage erlegen, der durch eine Verkalkung der kleinen Gehirngefäße verursacht worden war. Wenn solche Gehirnblutungen auch durch schweres Arbeiten ausgelöst werden können und auch nicht in jedem Falle sofortige deutliche Erscheinungen zu verursachen brauchen, so erschien dem befragten Arzte in diesem Fall der Zeitraum von mehreren Stunden zwischen der schweren Arbeit des Wagenschiebens und dem ersten Auftreten der Krankheitssymptome doch zu lang, als daß mit Wahrscheinlichkeit auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Arbeitsleistung geschlossen werden könnte. Die von den Hinterbliebenen erhobenen Entschädigungsansprüche wurden daher abgewiesen, weil ein Unfall für das Bersten des erkrankten Gehirngefäßes nicht verantwortlich gemacht werden könne. Das R.-V.-A. bestätigte die ablehnenden Vorentscheidungen aus folgenden Gründen:

Wenn man auch die Abschiebung zweier Bergewagen durch Geröll hindurch als eine besonders anstrengende Arbeit ansehen kann, die eine Gehirnblutung hätte auslösen können, so kann man doch nach dem Gutachten des Knappschaftsoberarztes, der auch bei der Leichenöffnung mitgewirkt hat, mehr als die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der zum Tode führenden Gehirnblutung und dieser Betriebstätigkeit nicht annehmen. Der Tod ist zweifellos infolge einer Gehirnblutung eingetreten. Aber die Zeit bis ein Uhr morgens ist nach den Hergangsermittelungen ohne besondere Vorboten eines Schlaganfalles, wie Schwindelanfälle und dergleichen, vergangen. Erst um ein Uhr bei der Eßpause hat B. die Bemerkung über Müdigkeit gemacht. Bei dieser Sachlage ist es nach dem Gutachten des Dr. M. wahrscheinlicher, daß der Beginn der Blutung erst um diese Zeit eingesetzt hat, als schon im Anschlusse an die Arbeit des Wegschiebens der Förderwagen. Zwischen dieser Tätigkeit und den ersten Anzeichen einer Blutung liegt somit ein Zeitraum von etwa drei Stunden. Der Gutachter bezeichnet daher den Zusammenhang zwischen dieser Betriebstätigkeit und der zum Tode führenden Gehirnblutung als nur möglich, für wahrscheinlicher das erst spätere Einsetzen der dann auch auf die Tätigkeit nicht ursächlich zurückführbaren Blutung. Die Vorinstanzen haben daher mangels auch nur einigermaßen sicheren Nachweises des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Tode und einer Betriebstätigkeit den Anspruch der Hinterbliebenen auf Rente mit Recht verneint.

(Kompaß; 1916, Nr. 3.)

Die Uebertragung des Krebserregers scheint nur auf dem Blutwege denkbar. Das bloße Zusammensein eines Unfallverletzten mit einem Krebskranken im Krankenzimmer genügt nicht zur Ansteckung. Urteil des Reichsversicherungsamts vom 14. Oktober 1915.

Der Wagemeister W. U. in R. hatte am 24. März 1906 im Bergwerksbetriebe einen Bruch des rechten Unterschenkels erlitten, für dessen Folgen U. zuletzt eine Teilrente von 50% bezog. Nachdem U. am 2. Juli 1912 an Kehlkopfkrebs verstorben war, behaupteten die Hinterbliebenen, U. habe sich infolge der öfters angewandten Narkose ein tuberkulöses Halsleiden zugezogen. Wenn er an Kehlkopfkrebs gestorben sei, so wäre das auf eine Ansteckung zurückzuführen, der er während seiner Behandlung an den Unfallfolgen im Knappschaftslazarett ausgesetzt gewesen sei. Er habe damals mit einem an Zungenkrebs leidenden Steiger einige Zeit in demselben Krankenzimmer zusammen gelegen. Einen solchen indirekten Zusammenhang des Todes mit dem Unfall hielten die Aerzte jedoch für sehr wenig wahrscheinlich. Nach dem vom R.-V.-A. eingeholten Obergutachten ist eine Krebsübertragung nur auf dem Blutwege denkbar und ein bloßes Zusammensein mit einem Krebskranken in demselben Raum genügt nicht zur Uebertragung der Krankheit. Die Hinterbliebenen wurden daher vom R.-V.-A. aus folgenden Gründen mit ihren Ansprüchen abgewiesen:

Die Leichenöffnung hat einwandfrei ergeben, daß U. an Kehlkopfkrebs gestorben ist. Daß diese Krankheit mit dem Unfall vom 24. März 1906 und insbesondere mit seinem bis zum 23. November 1907 währenden Lazarettaufenthalt in ursächlichem Zusammenhang gebracht werden kann, hat die Universitätsklinik in Breslau für ausgeschlossen, zum mindestens aber für durchaus unwahrscheinlich gehalten. Das R.-V.-A. hat sich ihrem eingehend

begründeten und überzeugenden Gutachten unbedenklich angeschlossen und vor allem auch einen Zusammenhang zwischen dem Krebsleiden des Verstorbenen und seinem Lazarettaufenthalt insofern für unwahrscheinlich erachtet, als U. sich dort ein tuberkulöses Halsleiden zugezogen haben könnte, auf dessen Grundlage sich dann später der Kehlkopfkrebs entwickelt hätte; gegen einen solchen Zusammenhang spricht vor allem die Länge der zwischen dem Lazarettaufenthalt und dem Tode des U. verflossenen Zeit. Dem Rekurse mußte daher der Erfolg versagt werden, ohne daß es noch auf die Erhebung weiterer Beweise ankommen konnte. (Kompaß; 1916, Nr. 3.)

Selbstmord eines Unfallverletzten im Anschluß an einen Streit mit der Ehefrau. — Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft, weil ungünstige Einwirkung des Unfalles auf die Gemütsverfassung des Verletzten anzunehmen. Urteil des Reichsversicherungsamts vom 19. Oktober 1915.

Der Bergmann W. in R. hatte am 2. April 1910 einen ziemlich schweren Unfall erlitten, welcher jedoch mit Hirnstörungen nicht verbunden gewesen war. Seit dem 1. Juli 1912 bezog er für die Folgen dieses Unfalles noch eine Rente von 50% der Vollrente. W. scheint ein jähzorniger, leicht erregbarer Mensch gewesen zu sein, denn er hatte seine Ehefrau öfters mißhandelt. Er war auch schon früher mehrmals mit dem Strafrichter in Konflikt gekommen und wegen Körperverletzungen bestraft worden. Im Dezember 1912 entstand zwischen den Eheleuten wieder Streit, weil W. den Wohnort wechseln wollte, womit die Frau nicht einverstanden war, und weil er die Arbeit niedergelegt hatte. Schon am 13. Dezember 1912 teilte er seiner Frau mit, daß er die Absicht habe, sich das Leben zu nehmen. Nach 2 Tagen griff W. bei einem neuen Streit zum Revolver, schoß seiner Frau eine Kugel in die linke Seite und sich selbst in den Kopf, woran er am nächsten Tage verstarb. Die Witwe erhob Entschädigungsansprüche. Ihr Mann habe in geistiger Umnachtung die Tat begangen und die Geistesstörung sei auf den Unfall zurückzuführen. Sie wurde mit ihren Ansprüchen von der Knappschafts-Berufsgenossenschaft und vom Oberversicherungsamt abgewiesen. Die gehörten ärztlichen Sachverständigen waren sich zwar darin einig, daß W. den Selbstmord im Zustande geistiger Umnachtung begangen habe, nicht aber darin, daß der Unfall auch als wesentlich mitwirkende Ursache für die geistige Umnachtung und damit für den Selbstmord anzusehen sei. Während die Vorinstanzen eine Mitwirkung des Unfalles und seiner Folgen für das Zustandekommen der Tat nur als möglich erachteten, hielt das R.-V.-A. trotz der Zweifelhaftigkeit es doch für wahrscheinlich, daß der Unfall verschlimmernd auf den Gemütszustand des W. eingewirkt habe und verurteilte daher die Berufsgenossenschaft aus folgenden Gründen zur Entschädigungsleistung:

Das R.-V.-A. hat auf Grund der Gutachten des Dr. W. in Dortmund vom 25. März 1915 und des Prof. Dr. H. in Bonn vom 6. Oktober 1914 angenommen, daß der Vater der Kläger den Selbstmord im Zustande geistiger Umnachtung verübt hat. Der Senat hält ferner durch die Beweisaufnahme, insbesondere durch die Erklärung des Dr. J. in Recklinghausen vom 11. Februar 1913, für erwiesen, daß der Verstorbene seit dem Unfall ein scheues und eigentümliches, gegen die Zeit vor dem Unfall verändertes Wesen gezeigt hat, und hat deshalb in Uebereinstimmung mit Dr. W. die Ueberzeugung erlangt, daß der Unfall auf die Gemütsverfassung des Verstorbenen eine verschlimmernde Wirkung ausgeübt hat. Hiernach erscheint die Annahme begründet, daß der Unfall für die Verübung des Selbstmordes eine wesentlich mitwirkende Ursache gewesen ist. (Kompaß; 1916, Nr. 3.)

Die Angestelltenversicherungspflicht der Bademeister in Sanatorien. Beschluß des Rentenausschusses Berlin der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte vom 6. Mai 1915.

Die Angestellten gehören nicht zu den Selbständigen, sind aber auch nicht der handarbeitenden Bevölkerungsklasse zuzurechnen. Sie verabfolgen sämtliche Arten von Bädern. Dabei liegt ihnen die Bedienung des Publikums, das Reinigen der Zellen und der Badegeräte ob. Außerdem üben die Angestellten Massage aus und verabfolgen Moor- und Lichtbäder. Die Bäder und

die schwierige Massage verabreichen sie nur auf ärztliche Anweisung und unter ärztlicher Aufsicht. Die Verabfolgung von Wasserbädern und die dienstbotenähnliche Beschäftigung nehmen den größeren Teil der täglichen Arbeitszeit der Angestellten in Anspruch. Irgendwelche Personen unterstehen ihnen bei ihren Verrichtungen nicht. Die Angestellten haben sich ihre Sachkunde durch den Besuch eines Lehrkursus angeeignet und eine Fachprüfung bestanden. Nach dem vorstehenden Sachverhalt sind die Angestellten nicht mehr der handarbeitenden Bevölkerungsklasse zuzurechnen. Wenn ihnen auch keinerlei Leitungs- und Anordnungsbefugnisse zustehen, so ist ihre Arbeit doch höher zu bewerten als gewöhnliche Handarbeit. Die Ausübung der Massage, die Verabreichung von Licht-, Moor- und Kohlensäurebädern ist eine Tätigkeit, durch die ärztlich angeordnete Heilbehandlung ausgeführt wird. Sie setzt umfangreiche Kenntnisse, insbesondere über den Bau des menschlichen Körpers voraus und erfordert weitgehende Sorgfalt und Aufmerksamkeit, insbesondere kann bei der Verabfolgung der medikamentösen Bäder das kleinste Versehen schwere Nachteile für die Gesundheit des Patienten im Gefolge haben. Die Verantwortung, die die Angestellten insoweit tragen, ist daher eine große und überschreitet das Maß der Verantwortlichkeit, das einen gewöhnlichen Handarbeiter trifft. Desgleichen sind die Vorkenntnisse, die die Angestellten zur Ausübung ihrer Tätigkeit befähigen, erheblich größere, als sie von einem gewöhnlichen Handarbeiter verlangt werden. Die Tatsache, daß zurzeit die Verabreichung von Wasserbädern und die dienstbotenähnliche Beschäftigung den größten Teil der täglichen Arbeitszeit der Angestellten in Anspruch nehmen, kann für die Beurteilung der Stellung der Angestellten nicht entscheidend ins Gewicht fallen. Die Angestellten sind hiernach in die Gruppe der gehobenen Angestellten einzureihen und deshalb versicherungspflichtig.

(Sächsische Korrespondenz.)

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Die Erzeugung der Impfstoffe und Massenimpfungen in Krakau gegen Cholera und Typhus in der Zeit des Krieges 1914/15. Von Prof. Dr. Otto Bujwid, k. und k. Oberstabsarzt 1. Kl. Aus dem Gr. mob. Epidemielaboratorium Nr. 9 der k. und k. Landwehr und dem Serotherapeutischen Institut Krakau. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 52.

Verfasser schildert zunächst die von ihm geübte Methode der Bestimmung des Bazillengehaltes der Vakzine, die in kürzester Zeit ein ziemlich genaues Resultat liefert. In 1 ccm Vakzine sind 2 mg Cholera- bezw. Typhusbazillen enthalten. Das Abtöten der Bakterien erfolgt nicht durch Erwärmen, sondern durch Zusatz von 0,5 °/o Phenol. Die Typhusvakzine wird außerdem zwecks Verminderung der Reaktion mit Antityphus-Pferdeserum (1:24000) sensibilisiert. In der Zeit vom Kriegsbeginn bis 1. Oktober 1915 wurden dort geimpft gegen Cholera zweimal 85345, einmal 34741, gegen Typhus zweimal 50027, einmal 7739 Personen. Die erste Impfdosis betrug 1 ccm, die 2. nach 5 Tagen 2 ccm Choleravakzine. Die Impfung hat die Epidemie überall zum Stillstand gebracht. Die Cholera-Mortalität betrug bei den Nichtgeimpften 40—50 °/o, bei den Geimpften im ganzen 6,3 °/o, wobei noch zu erwähnen ist, daß die einmal Geimpften sehr leicht erkrankten und von den zweimal Geimpften keiner starb. Der Impfung ist es zu verdanken, daß sich die Cholera im Heere nicht verbreitet hat und nicht in die Zivilbevölkerung eingedrungen ist, ebenso verhält es sich mit dem Abdominaltyphus. Nach der Impfung fällt die Erkrankungsziffer rasch ab, während sie in der nichtgeimpften Zivilbevölkerung zunimmt. Die Reaktion ist nach der Choleraimpfung im allgemeinen unbedeutend. In 3—5 °/o trat Erbrechen und Durchfall ein; kurz dauernde Temperatursteigerungen auf 38—39° kamen öfter zur Beobachtung. Die Reaktion nach der Typhusimpfung ist im allgemeinen stärker; besonders macht sich lokale Anschwellung und Schmerzhaftigkeit geltend, bei unvorsichtigem Verhalten und Ueberanstrengung fanden sich auch sterile Abszesse. Die 2. Typhusimpfung erfolgte deshalb erst nach 8 Tagen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Die künstliche petechiale Umwandlung der Roseolen als ein diagnostsiches Hilfsmittel. Von Dr. Ernst Mayerhofer. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 5.

Jede Roseola kann durch Druck leicht in eine Petechie umgewandelt werden und dadurch die Diagnose Typhus, Paratyphus und Fleckfieber gefördert werden. Man nimmt die zu prüfende Hautstelle zwischen vier Finger (Daumen und Zeigefinger), hebt sie etwas auf, so daß der zu prüfende Fleck an die Spitze der kegelförmigen Hautfalte zu liegen kommt und übt nun rasch einen mäßig starken, konzentrischen Druck auf die Roseola aus. Sofort entsteht an der Stelle der fraglichen Roseola eine subkutane Blutung, die viel besser zu sehen ist als die zartgefärbte, vorher kaum elevierte Roseola. Reste nach Akne, verschiedene Pigmentationen und andere Stellen, die mit Roseolen verwechselt werden könnten, werden nicht petechial umgewandelt.

Dr. Graßl-Kempten.

2. Fleckfieber.

Ueber Serumreaktionen bei Fleckfieber. Von Prof. Dr. E. Gotschlich, damaligen stellvertretenden Leiter des Hygienischen Instituts Halle, Priv.-Doz. Dr. W. Schürmann, I. Assistent am Hygienischen Institut Halle, Unterarzt Dr. Block, kommandiert zum Gefangenenlager Wittenberg. Aus dem Königl. Hygienischen Institut der Universität Halle und aus dem Lazarett des Gefangenenlagers Wittenberg Medizinische Klinik; 1915, Nr. 48.

Die Schwierigkeit der Fleckfieberdiagnose hat verschiedene Forscher zu Versuchen veranlaßt, die Krankheit auf serologischem Wege sicher zu stellen. Diese Versuche hatten zu keinem sicheren Erfolg und zu widersprechenden Resultaten geführt. Delta fand, daß der Ausfall der Sero-Reaktion bei Fleckfieber erst wenige Tage vor der Entfieberung oder kurz vorher positiv wird. Dadurch erklärt es sich, daß man je nach dem Stadium der Erkrankung verschiedene Resultate fand. G., Sch. und Bl. stellten nun zunächst auch Versuche an, um mit der Komplementbindungsreaktion in der Diagnose des Fleckfiebers weiter zu kommen. Sie prüften Krankensera mit Extrakten aus Fleckfieber-, luetischen und normalen Organen und bedienten sich sowohl der Original-Wassermann-Methode als auch der Sternschen Modifikation (aktives Serum). Der Erfolg mit spezifischem (Fleckfieber-) Extrakt war ganz unbefriedigend, mit Normal-Extrakten fast stets negativ; mit luetischem Leberextrakt erhielten sie positive Resultate und zwar mehr mit der Sternschen Modifikation, woran allerdings auch unspezifische Hemmungen beteiligt sein konnten. Bezüglich der Krankheitsperiode, in der positive Reaktion sich fand, machten sie dieselben Erfahrungen wie Delta. Ihre weiteren Komplementbindungsversuche unter Benutzung von fleckfieberantikörperhaltigem Rekonvaleszentenserum und Krankenblut aus dem Frühstadium des Fleckfiebers ergaben, daß bei Anwendung von inaktivem Serum kaum oder nur spurweise Hemmungen auftraten, daß dagegen bei Verwendung aktiven Serums (Stern) stets deutliche Hemmungen beobachtet wurden; bei diesen ist jedoch stark mit unspezifischen Bindungen zu rechnen. Mit der Praezipitin- und der Thermopraezipitin-Reaktion wurden keine positiven Resultate erzielt. Ueber die Technik der einzelnen Versuchsreihen gibt die Originalarbeit Auskunft.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

3. Typhus.

Die Brauchbarkeit des Kongorotserum- und Drigalskiserumagars zur bakteriologischen Typhusdiagnose. Von Privatdozent Dr. W. Schürmann. Aus dem Hygienischen Institut der Universität Halle. Med. Klinik; 1915, Nr. 49.

Die Schwierigkeit des Typhusbazillennachweises, namentlich bei vereinzeltem Vorkommen in Fäzes, hat nach Methoden suchen lassen, die eine elektivere Züchtung ermöglichen sollen. Neuerdings hat Schmitz empfohlen, die Drigalski-Conradi- und Kongorot-Nährböden mit Serumzusatz zu verwenden. Schürmann fand bei seinen Versuchen, daß sich eine Verringerung des Kongorotzusatzes empfiehlt, um eine Ermüdung der Augen zu verhüten; (etwa 100 ccm Serumagar, 5 ccm einer 1 proz. Lösung von Kongorot und 1,5 g Milchzucker). Unter 226 Fäzesproben, die nach den Verfahren: Züchtung auf

Malachitgrünnährboden nach Lentz-Tietz, Drigalski-Conradi und Endo-Nährboden ein negatives Ergebnis hatten, konnten durch Verarbeitung auf Kongorotserum und Drigalskiserumagar noch in 26 = 12,1 % Fällen Typhus- bezw. Paratyphusbazillen gefunden werden. Dieser Erfolg empfiehlt neben der Abschwemmung nach Lentz-Tietz die Anwendung der beiden Serumnährböden. Es scheint ferner, daß der Drigalski-Serumagar sich zum Nachweis der Ruhrbazillen besser eignet, als der Kongorotserumagar. Weitere Versuche sind noch im Gange über die Leistung der beiden Serum-Nährböden mit Koffeïnzusatz, sowie über Endoagar mit Serumzusatz.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

4. Weilsche Krankheit.

Experimentelle Grundlagen für eine spezifische Behandlung der Weilschen Krankheit (ansteckende Gelbsucht). III. Mitteilung. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Uhlenhuth, Beratendem Hygieniker, und Stabsarzt Dr. Fromme, Korpshygieniker. Medizinische Klinik 1915; Nr. 50.

Die Anwendung von Chemikalien: Neosalvarsan, Argentum colloidale, Kollargol, Stibium coll., Hydrargyrum atoxyl., Argentum atoxyl., Atoxyl, Optochin hatte bei den infizierten Tieren keinen Erfolg. Infolgedessen gingen die Autoren zur spezifischen Immunisierungstherapie über. Nach Ueberstehen der Krankheit kommt es zu einer aktiven Immunität. Für das Zustandekommen der aktiven Immunität scheint die Impfung mit lebendem Virus erforderlich zu sein. Es gelang jedenfalls nicht durch einmalige Behandlung mit abgetötetem oder geschädigtem Virus eine aktive Immunität zu erzielen. 1 ccm Rekonvaleszentenserum ist im allgemeinen imstande, gegen die sonst tödliche Dosis von 1 ccm Virusblut einen Schutz zu verleihen; auch noch 3 Tage nach der Infektion gegeben, konnte das Immunserum vor der Erkrankung schützen. Die im Serum von Rekonvaleszenten vorhandenen Schutzstoffe lassen sich im Tierexperiment nachweisen, so daß es möglich ist, Fälle, die ohne Ikterus verlaufen, im Tierversuch als Weilsche Krankheit zu diagnostizieren, indem man auf Vorhandensein von Schutzstoffen fahndet. Injektionen von Rekonvaleszentenserum haben mehrfach in der Behandlung von Weilscher Krankheit gute Dienste geleistet. Kaninchen, Hammel und Esel eignen sich zur Gewinnung von Immunserum, das bei frühzeitiger Anwendung bei Menschen therapeutische Erfolge verspricht.

Nachtrag aus der Medizinischen Klinik, Nr. 47.

Inzwischen gelang es, durch Levaditifärbung in menschlicher Leber Spirochaeten nachzuweisen. Danach ist die von den beiden Autoren beschriebene Spirochaete als Erreger der Weilschen Krankheit anzusehen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

5. Genickstarre.

Die übertragbare Genickstarre. Von Med.-Rat Dr. Spaet, königl. Bezirksarzt in Fürth in Bayern. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1915, 47. Bd., 4. H.

Verfasser bespricht zunächst die Genickstarre, die nach den bisherigen Erfahrungen noch niemals als Kriegsseuche aufgetreten ist, hinsichtlich ihrer Aetiologie (Diplococcus intercellularis Weichselbaum). Die Frage, wie der Diplococcus in den menschlichen Organismus gelangt, ist noch nicht entschieden, spielt auch in praktischer Beziehung keine besondere Rolle. Die Zahl der Kokkenträger pflegt 5 bis 10 bis 20 mal größer zu sein als die Zahl der wirklich an Genickstarre Erkrankten; sie wird unter den Erwachsenen größer gefunden als unter den Kindern. Um die Frage bezüglich der Ubiquität des Diplococcus endgültig zu lösen, wären ausgedehntere Untersuchungen in abgrenzbaren Gebieten nötig, in denen seit längerer Zeit tatsächlich keine Genickstarrefälle vorgekommen sind. Für das Auftreten, Zustandekommen und den Verlauf der Infektion sind zwei Möglichkeiten gegeben, einmal, daß die Virulenz des Erregers eine wechselnde, und dann daß die Disposition der einzelnen Personen für die Krankheit eine verschiedene ist. Ersteres wird vielfach angenommen und auch zutreffen. Ueber die Verschiedenheit der individuellen Disposition bestehen nur Vermutungen; im Alter unter 10 Jahren

erfolgen 70% der Erkrankungen, jenseits des 30. Lebensjahres nur sehr selten. Für den kindlichen Organismus gelten als disponierend: lymphatische Konstitution, sowie auch Erkältungan infolge meteorologischer Einflüsse, ferner starke körperliche Anstrengung, Insolation, Trauma, Alkoholismus und die bekannten Schädlichkeiten der Armut und des Elends.

Bezüglich der Verbreitung der Genickstarre ist besonders beachtenswert:

1. Daß die wirklich an Genickstarre erkrankten Personen hauptsächlich im Inkubationsstadium und während der ersten Krankheitstage die Diplokokken in ihren Rachenorganen beherbergen und nach außen abgeben, daß dagegen vom fünften bis sechsten Krankheitstage ab, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, diese Krankheitserreger in den Rachenorganen nicht mehr nachgewiesen werden können. Diese Kranken haben meist auch trockene Rachenorgane, sie husten wenig oder gar nicht.

2. Daß im Gegensatze hierzu bei den Kokkenträgern, sowohl bei den an Pharyngitis erkrankten wie auch bei den völlig gesunden, noch in der Regel zwei bis drei Wochen Kokken in den Rachenorganen in vollvirulentem Zustande sich finden und von da nach außen abgegeben werden. In einzelnen Fällen wurden sogar noch längere Zeit Kokken in den Rachenorganen nachgewiesen, bisher bis zur längsten Dauer von sieben Monaten und bei periodischem Vorhandensein der Kokken sogar über diese Zeit hinaus.

Bei der Verschleppung der Genickstarre spielen also die Kokkenträger die wichtigste Rolle. Das ersieht man auch aus dem epidemiologischen Verhalten der Krankheit: Bei Genickstarren bleiben die meisten Erkrankungen isoliert, und weitere Krankheitsfälle treten häufig entfernt von den vorhergehenden auf, so daß es vielfach den Anschein hat, als handle es sich überhaupt um keine übertragbare Krankheit. Auch wechseln die zeitlichen Intervalle zwischen den einzelnen Erkrankungen einer Gruppe von Genickstarrefällen sehr, nach manchen Beobachtungen von 1 Tag bis zu 47 Tagen.

Unter diesen Verhältnissen ist es begreiflich, daß die Bekämpfung der Krankheit auf große Schwierigkeiten stoßen muß. Jedenfalls haben die Versuche, den Epidemien in der Weise entgegenzutreten, wie es namentlich in Deutschland mit so großem Erfolge beim Typhus und bei der Cholera gelang, bei der Genickstarrebekämpfung versagt. Halten doch namhafte Hygieniker die Feststellung und Isolierung aller Kokkenträger bei Auftreten von Meningitis epidemica selbst innerhalb von Kasernen und anderen geschlossenen Anstalten für praktisch undurchführbar und unnötig.

Sind deshalb auch Bekämpfungsmaßnahmen von recht zweifelhaftem Erfolge, so wird doch fast allgemein empfohlen:

1. Absonderung der Kranken während der Dauer des akuten Stadiums der Krankheit.

2. Desinfektion der Absonderungen der Kranken sowie aller damit in Berührung gekommenen Gegenstände — also fortlaufende Desinfektion am Krankenbett.

Weniger Wert wird

3. auf die Desinfektion nach Ablauf der Krankheit, die Schlußdesinfektion, gelegt, weil die Meningokokken durch Austrocknung und unter dem Einflusse des Lichtes, namentlich des Sonnenlichtes, von selbst bald zugrunde gehen. Immerhin wird sich eine möglichst einfache, nicht kostspielige Desinfektion — gründliche Reinigung mit chemischen Desinfektionsmitteln und allenfalls noch Formaldehydgasdesinfektion — empfehlen, ohne Anwendung der Desinfektion im Dampfdesinfektionsapparate.

4. Belehrung der Bevölkerung über Ursache, Wesen, Verbreitung und Bekämpfung der Genickstarre durch Merkblätter oder Veröffentlichungen in der Tagespresse.

Recht fraglich erscheint es, ob nach den bisherigen Erfahrungen es sich empfiehlt: 5. Umgebungsuntersuchungen auf Kokkenträger, namentlich solche in größerem Umfange, vorzunehmen.

6. Die Frage, ob zur Eindämmung der Genickstarreverbreitung Schließung der Schule angezeigt ist, muß natürlich von Fall zu Fall entschieden werden. Zeigt sich eine Häufung der Genickstarre in den Wintermonaten, wo nach den epidemiologischen Erfahrungen ein Ansteigen der Epidemie zu befürchten ist, so wird man zum Schulschlusse raten müssen, zumal dann,

wenn und so lange man nicht durch Aufsuchen und Ausschließung der Kokkenträger eine sichere Handhabe zur Einschränkung einer Verbreitung der Genickstarre bekommt.

Da die Einzelmaßnahmen wenig befriedigende Ergebnisse liefern, so werden von verschiedenen Seiten

7. mehr gesundheitliche Maßnahmen allgemeiner Natur empfohlen (Hebung der körperlichen Widerstandsfähigkeit gegen Krankheitseinflüsse, gute Ernährung, gute Wohnungsverhältnisse, Ortswechsel, Klimawechsel. Für das Militär: weniger dichte Belegung der Schlafräume, Reinlichkeit, reichlicher Aufenthalt im Freien, Entlastung der Soldaten hinsichtlich der von ihnen geforderten Arbeitsleistungen beim Auftreten von Genickstarre).

Als ganz selbstverständliche Maßnahme wäre schließlich noch zu erwähnen: 8. gewissenhafte Erfüllung der Anzeigepflicht, die ja die Grundlage aller Bekämpfungsmaßnahmen bei übertragbaren Krankheiten bildet.

Um eine baldige sichere Diagnose zu ermöglichen, ist frühzeitig Zerebrospinalflüssigkeit zur bakteriologischen Untersuchung unter den nötigen Vorsichtsmaßnahmen zu übermitteln, da diese den sicheren Nachweis der Meningokokken eher ermöglicht, als Nasen- und Rachenabstriche. Nach dem fünften Krankheitstage wird eine Diagnose aus Nasen- und Rachenabstrichen überhaupt nicht mehr zu stellen sein, da erfahrungsgemäß nach dieser Zeit Diplokokken in der Regel dort sich nicht mehr befinden.

Für die Therapie der Genickstarre ist von verschiedenen Seiten die Anwendung des Meningokokkenserums empfohlen; recht frühzeitige Anwendung ist erforderlich, auch hängt der Erfolg noch ab von der Menge des verwendeten Serums. Weniger befriedigend lauten die Berichte über die Behandlung der Kokkenträger mit Pyocyanase, Wasserstoffsuperoxyd, Formaminttabletten usw.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

6. Tuberkulose.

Tuberkulosebekämpfung der deutschen Heeresverwaltung. Von Oberstabsarzt Dr. Helm. Zeitschrift für Tuberkulose; 1915, Bd. 24, H. 1.

Die deutsche Heeresverwaltung hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß allen Unteroffizieren und Mannschaften, die im Kriege an Tuberkulose erkranken, ohne Rücksicht auf den Grad ihrer Erkrankung zunächst ein Heilverfahren in einer Lungenheilstätte oder dergleichen zu gewähren und über ihre Entlassung erst später zu entscheiden ist. Zur besseren Ausnutzung der vorhandenen Sonderanstalten und zweckmäßigen Verteilung der Kranken auf die einzelnen Lazarette und Lazarettabteilungen wurden eigene Anweisungen erteilt.

Am 1. März 1915 betrug die Gesamtzahl der einem Heilverfahren in einer Heilstätte oder einer Sonderabteilung eines Lazaretts unterzogenen lungenkranken Soldaten bereits mehr als 3500.

Für die nach der Behandlung mit verminderter Erwerbsfähigkeit Entlassenen hört die Fürsorge mit dem Ausscheiden aus dem Militärdienst nicht auf. Sie treten nach Maßgabe des Versorgungsgesetzes in den Genuß einer Rente und werden teilhaftig der Fürsorge der bürgerlichen Verwaltungsbehörden, Fürsorgeausschüsse und dergl., welche die weitere Ueberwachung des Gesundheitszustandes, Beschaffung von Arbeitsgelegenheit, Wiederholungskuren, gesundheitliche Maßnahmen in den Wohnungen, besonders zum Schutze der Familienmitglieder usw., übernehmen. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Arbeitsbeschaffung für erwerbsbeschränkte Tuberkulöse. Von Prof. Dr. A. Kayserling. Tuberklose-Fürsorge-Blatt; 3. Jahrg., Nr. 1.

Die Arbeitsbeschaffung für Tuberkulöse hat sich nur auf die durch Tuberkulose in ihrer Erwerbsfähigkeit wesentlich Beschränkten und unter diesen in erster Linie auf die mit offener Tuberkulose Behafteten zu erstrecken. Eine derartige Beschränkung liegt im Interesse der Tuberkulosebekämpfung und erscheint aus zwei Gründen gerechtfertigt: Erstens trifft sie im wesentlichen diejenigen Kranken, die einer öffentlichen Fürsorge besonders bedürftig sind und bei denen es im volkswirtschaftlichen Interesse liegt, daß eine durch kostspielige Heilverfahren erlangte Arbeitskraft, auch wenn sie keine vollständige ist, erhalten wird. Zweitens sind wir durch die Unter-

bringung in geeigneten Berufen imstande, die Ansteckungsgefahr, die von offen Tuberkulösen für ihre Arbeitsgenossen ausgeht, zu vermindern. In ähnlicher, Weise ist man in der Wohnungspflege für Tuberkulöse vorgegangen; d. h. man hat von vornherein darauf verzichtet, allen Tuberkuloseinfizierten oder Tuberkuloseerkrankten eine gesundheitsgemäße Wohnung zu schaffen, hat sich vielmehr auf die vorgeschrittenen Tuberkulösen und unter diesen wieder auf die offen Tuberkulösen beschränkt.

Trotzdem bleibt die Arbeitsbeschaffung für erwerbsbeschränkte Tuberkulöse schwierig. In großzügiger Weise arbeitet in dieser Hinsicht der unter dem Vorsitz von Freund-Berlin stehende Verband Märkischer Arbeitsnachweise. Nach dem Bericht von Dr. Bernhard wurden in den Geschäftsjahren 1913/14 und 1914/15 488 Fälle an den Verband überwiesen und davon 102 Fälle vermittelt (96 männliche und 6 weibliche Erwerbsbeschränkte). Von den 96 männlichen nahmen 41 eine Stelle als Arbeiter, 34 als Hausdiener, 7 als Metallarbeiter, je 2 als Packer, Tischler und Gartenarbeiter, die übrigen als Kutscher, Handwerker, Schreiber, Zettelverteiler an, zumeist mit einem Wochenlohn von 20—24 M. Der Mehrzahl war nach beendigter Kur eine Erwerbsfähigkeit von 75 % ärztlich bescheinigt. Auch die Versicherungsanstalten haben die Arbeitsvermittlung für aus Heilstätten entlassene Versicherte erfolgreich aufgenommen wie aus den „Monatsblättern für Arbeiterversicherung“ 1913, Nr. 10 zu ersehen ist. Ferner ist eine Reihe von Gemeinden damit vorgegangen, z. B. Charlottenburg, wo bestimmte Berufe, wie Parkwächter, für Tuberkulöse vorbehalten bleiben.

Ganz allgemein gesagt kann die Arbeitsbeschaffung für erwerbsbeschränkte Tuberkulöse in zweierlei Form erfolgen: entweder durch Unterbringung in gesundheitsgemäßen Berufen oder durch Beschaffung besonderer Arbeitsstätten (hygienischer Arbeitsheime) für Tuberkulöse, insbesondere im Zusammenhang mit den neueren Ansiedlungsbestrebungen. Außerdem werden dort, wo der Arbeitsverdienst in der gesundheitsgemäßen Beschäftigung zu gering ist, seitens der Fürsorgeorgane — analog den Mietszuschüssen für die Wohnung — Arbeitszuschüsse zu zahlen sein. Jedenfalls muß „das gegenwärtig wichtigste Problem der Tuberkulosefürsorge“ einer Lösung entgegengeführt werden. Dr. Roepke-Melsungen.

Der Wert der Intrakutan-Tuberkulinreaktion bei Meerschweinchentuberkulose. Von Prof. Dr. H. Selter. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 3.

Die Beschleunigung des Meerschweinchenversuches zum Nachweis von Tuberkelbazillen in Eiter, Urin, Punktionsflüssigkeiten usw. hat große praktische Bedeutung. Roemer hat für diesen Zweck die intrakutane Tuberkulinreaktion empfohlen: es wird dem Meerschweinchen mit einer dünnen Kanüle in die Bauchhaut, die auf Fünfmarkstückgröße enthaart ist, 0,1 ccm einer 20%igen Tuberkulinverdünnung eingespritzt, so daß die Haut quaddelförmig aufgetrieben wird. Bei tuberkulösen Tieren bildet sich dann nach 24 Stunden eine Verfärbung und Schwellung der Haut, die zwischen zwei Fingern leicht zu fühlen ist.

Das Ergebnis der Selterschen Untersuchungen im Hygienischen Institut der Universität Leipzig ist, daß eine positive Intrakutanreaktion entscheidend ist für das Vorhandensein einer beim Versuchstier angegangenen Tuberkuloseinfektion, während eine negative Reaktion nicht das Gegenteil beweist. Der negative Ausfall erlaubt selbst nach 3—5 Monaten noch nicht den Schluß daß das verimpfte Material keine Tuberkelbazillen enthielt und daß keine Tuberkulose im Tierkörper vorhanden ist. Das Meerschweinchen ist auf jeden Fall zu töten und zu sezieren, und hierbei ist das Gewicht des ganzen Tieres und der Milz zu bestimmen. Das Verhältnis dieser beiden zueinander ist vielleicht das sicherste Kriterium für eine Tuberkulose.

Dr. Roepke-Melsungen.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Bekämpfung der Staubplage.

Zur Staubbekämpfung mit Lösungen. Von Dr.-Ing. Scheuermann-Wiesbaden. Die Städtereinigung; 1916, Nr. 1—2.

Nur diejenigen Staubbindemittel können hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit Aussicht auf dauernde Verwendung haben, die in jeder Stadt leicht und

billig in beliebigen Mengen zu haben sind, die in einfacher und womöglich wasserfreier Bereitung heiß zur Verwendung kommen; sind sie einmal fest geworden, so sollen sie es auch weiter gegenüber Nässe, Wärme und Wind bleiben. Derartige Eigenschaften hat nur der Teer. Die seitherigen Mißerfolge können als abgetan gelten, nachdem erkannt ist, daß doppelt vorgekochter und alsdann mehrere Monate in Kesseln oder Behältern abgelagerter Ortsteer Ueberzüge und Durchtränkungen liefert, die mehrere Jahre vorhalten. Lösungen werden als Staubbekämpfungsmittel nur in Betracht kommen für die ganze Deckenfläche aus Asphalt und Holz, für Fugenfüllungen in Groß- und Kleinpflaster, auf Decken beliebiger Art, aber allgemein bei Frost.

Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Wasserversorgung.

Prüfung tragbarer Wasserfilter auf Keimdichtigkeit. Das Militär-Filter Modell 1914 und das Reise- und Armee-Filter A. F. I. der Berkefeld-Filter-Gesellschaft. Von Reg.-Rat Prof. Dr. Spitta. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte; 1915, Bd. 50, H. 2.

Verfasser gibt eine Uebersicht über die bisherigen Untersuchungen der Berkefeld-Filter und berichtet dann über eigene Versuche mit dem von der Berkefeld-Filter-Gesellschaft dem Gesundheitsamt zur Prüfung eingesandten Militärfilter Modell 1914, Armee- oder Taschenfilter A F I und Armee- oder Taschenfilter A F II.

Der Ausdruck „Taschenfilter" bezeichnet nicht etwa nur Filter, die man in der Rocktasche bei sich tragen kann, sondern auch größere Filter, die in einer besonderen Umhängetasche getragen werden. Im Gesundheitsamt untersucht wurden nur die beiden kleinsten der übersandten Apparate (Nr. 1 und 2), weil es gerade darauf ankam, Filter zu prüfen, die für den einzelnen Mann oder doch wenigstens für kleinere Gruppen von Mannschaften im Felde in Frage kommen.

Das Berkefeld-Militärfilter Modell 1914 ist ein kleiner Apparat ohne Pumpvorrichtung, der entweder als Tropffilter oder als Saugfilter benutzt werden kann. Der Apparat besteht aus einer ovalen Zinkblechhülse, in die ein Filterzylinder von 13 cm Höhe und $4^1/_2$ cm Durchmesser wasserdicht eingesetzt wird. Am Auslaufrohr des Filters außerhalb der Zinkblechhülse kann entweder der dem Filter beigegebene 1 m lange Gummischlauch mit Mundstück angeschlossen werden. Das Filter wird dann, mit dem zu filtrierenden Wasser gefüllt, an einem Baum, an einer Wand oder dergl. in Kopfhöhe aufgehängt und als Saugfilter benutzt. Oder das Filter wird ohne Schlauch auf ein Glas, eine Flasche oder dergl. gestellt und arbeitet dann als einfaches Tropffilter. Beläßt man den Schlauch an dem Filter und hängt das Mundstück in das für die Aufsammlung des Filtrats bestimmte tief stehende Gefäß, so kann man dadurch die Saugkraft naturgemäß steigern.

Das Reise- und Armee-Filter A. F. I. besteht dagegen aus Pumpe und Filter. Beim Hochziehen des Pumpenkolbens tritt das zu filtrierende Wasser durch einen Saugstutzen und ein Kugelventil in den Pumpenzylinder; durch Hinabdrücken des Kolbens drängt man das Wasser in das Filtergehäuse und durch die poröse Wandung des Filterzylinders, den es durch ein am oberen Ende des Filtergehäuses angebrachtes gebogenes Abflußrohr in filtriertem Zustand verläßt. Der Filterkörper ist $14^1/_2$ cm lang und hat einen Durchmesser von nur 3 cm.

Mit den beiden beschriebenen Filtern können verschiedene Arten der Filtration vor sich gehen: bei dem Militärfilter Modell 1914 kann das Wasser entweder ununterbrochen oder intermittierend durch das Filter gesaugt werden, während das Reise- und Armee-Filter A. F. I. nur den intermittierenden Betrieb zuläßt.

Da bei der Prüfung der beiden Berkefeld-Filtermodelle zu erwarten war, daß die Ergebnisse günstiger bei gleichmäßiger ununterbrochener Beanspruchung der Filter ausfallen würden, als bei der intermittierenden, wurde bei den Versuchen auf diesen Punkt Rücksicht genommen.

Für die Filterprüfungen wurde das Bacterium prodigiosum als Probe-Bakterium angewandt. Die benutzte Kultur bestand aus Stäbchen von durchschnittlich 0,4 μ Breite, eignete sich demnach seiner Größenordnung nach gut

für die Versuche, die nach dem neuen, von Dr. A. Müller im Gesundheitsamt ausgearbeiteten Verfahren der „Gipsplattenkultur" angestellt wurden; und zwar wurden stets die kleineren Gipsplatten von 8 cm Durchmesser verwendet, die bequem in Petrischalen eingelegt werden können. Jede Platte saugt mit Leichtigkeit 25 ccm des zu untersuchenden Wassers auf. Es genügt dann, nach vollzogener Aufsaugung, noch 8 ccm neutraler 4fach konzentrierter Bouillon zuzugeben und die Platte bei 20° C. aufzubewahren. Die aufschießenden leuchtend roten Prodigiosuskolonien sind dann nach 48 Stunden mit der Lupe, später auch mit bloßem Auge gut zu erkennen und zu zählen. Vor Gebrauch werden die Gipsplatten in den Petrischalen 1½ Stunde lang bei 100° C. im Trockenschrank erhitzt.

Die Untersuchung wurde im übrigen auf die wenigen dem Gesundheitsamt übersandten Filterkerzen beschränkt, da es nur darauf ankam, die praktische Frage zu beantworten, ob und unter welchen Bedingungen die vorgelegten Filter ein bakterienfreies Filtrat liefern, und wie lange gegebenenfalls die Lieferung eines solchen Filtrats vorhält. Aus dem gleichen Grunde wurde gewöhnlich auch darauf verzichtet, die Anzahl der im Filtrat auftretenden Prodigiosusbakterien in Beziehung zu setzen zu der Anzahl der jeweils im Rohwasser vorhandenen. Im vorliegenden Fall kam es mehr auf die Beantwortung der Frage an: „Sind die Berkefeld-Filter überhaupt undurchlässig oder nicht?" als auf die Beantwortung der Frage: „Wie viel Prozent der Rohwasserkeime treten in das Filtrat über?"

Die Versuche mit dem Berkefeld-Militär-Filter (Modell 1914) betrafen 1. Durchsaugen des infizierten Wassers mittels der Wasserstrahlluftlumpe durch das Filter; 2. einen Dauertropfversuch von 6 Tagen; 3. einen Versuch unter Nachahmung des Saugeaktes.

Der Versuch mit dem Reise- und Armee-Filter A. F., nur stoßweise, d. h. intermittierend betrieben, erstreckte sich mit Unterbrechungen auf im ganzen 50 Liter Wasser, die teils langsam ohne besonders starken Druck, teils rascher unter stärkerer Kraftentfaltung gepumpt wurden.

Als Ergebnis konnte in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen der meisten früheren Untersucher festgestellt werden, daß

1. das untersuchte Berkefeld-Militär-Filter Modell 1914 eine gewisse Zeit hindurch Keime von der Größe der Prodigiosusbakterien, selbst wenn sie in sehr großer Anzahl im Rohwasser vorhanden waren, sicher zurückhielt. Die Bakteriendichtigkeit hielt um so länger an, je gleichmäßiger das Filter beansprucht wurde. Bei ruckweisem Saugen traten bald größere Mengen von Keimen hindurch. Es empfiehlt sich daher, das Militär-Filter Modell 1914 nicht durch unmittelbares Ansaugen mit dem Munde benutzen zu lassen, sondern entweder als einfaches Tropffilter oder als kontinuierlich wirkendes Saugfilter mit angesetztem Gummischlauch. In letzterem Falle entspricht die Ergiebigkeit etwa derjenigen, die man erhält, wenn man mit der Wasserstrahlluftpumpe bei einem negativen Druck von 6—7 cm Quecksilber saugen läßt.

Ob die schließlich im Filtrat auftretenden Keime „durchgewachsene" oder „durchgespülte" sind, möge dahin gestellt bleiben. Da das Bacterium prodigiosum sich im Wasser nicht vermehrt hat, ist das letztere aber wahrscheinlicher.

2. Das Berkefeld-Reise- und Armee-Filter A. F. I. ließ dagegen bei Inbetriebsetzung sofort Keime durchtreten, allerdings in sehr spärlicher Zahl, nämlich weniger als 1 Keim im Kubikzentimeter Filtrat. Ob diese Durchlässigkeit für Bakterien nur eine Eigenschaft der einen zum Versuch benutzten Filterkerze gewesen ist, oder allen zu diesem Modell gehörenden Kerzen anhaftet, möge offen bleiben. Bei der sehr großen Ergiebigkeit des Reise- und Armee-Filters A. F. I. wird man aber wohl bei ihm immer mit einer gewissen Durchlässigkeit für Bakterien rechnen müssen.

3. Beim Vergleich der Wirkung der Berkefeld-Filter mit einem im Handel befindlichen „Taschen"-Filter trat ihre vorzügliche Leistungsfähigkeit deutlich zutage. Trotzdem wird man, vom streng hygienischen Standpunkt aus, auch das Berkefeld-Filter nur als einen Notbehelf ansehen können, das nicht in Wettbewerb zu treten vermag mit den Verfahren, bei welchen dem Wasser durch Erhitzen sicher alle Infektionserreger entzogen werden.

Die Berkefeld-Filter bedürfen einer sorgfältigen Wartung und müssen in gewissen Zwischenräumen gereinigt und sterilisiert (ausgekocht) werden. Diese Unbequemlichkeit ist seit jeher von allen Gutachtern als ein besonderer Uebelstand des Systems bezeichnet worden. Nur bei besonders vorgebildeten Mannschaften (Sanitätspersonal) wird man mit einer Einhaltung dieser Vorschriften rechnen dürfen. Aus diesem Grunde ist der Zweifel berechtigt, ob die Schaffung eines Filtertypus für den einzelnen Soldaten überhaupt ein glücklicher Gedanke gewesen ist.

Für die Tuberkulose hat die Flüggesche Schule (Köhlisch) feststellen können, daß vereinzelte Krankheitserreger noch nicht zu einer Infektion führen; für die durch Wasser übertragbaren Infektionskrankheiten steht ein sicherer experimenteller Beweis noch aus, aber es ist nicht unwahrscheinlich, daß es sich hier ähnlich wie bei der Tuberkulose verhalten wird. Ehe diese Frage aber nicht entschieden ist, wird man vorsichtigerweise die Forderung vertreten müssen, daß auch einzelne infektionstüchtige Keime nicht in das Trinkwasser gelangen.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

3. Nahrungsmittelhygiene.

Die Schlachthofanlage der Kleinstadt. Von Stadtbaumeister Morgenstern-Kirn. Gesundheit; 1916, Nr. 3.

Der Verfasser geht zunächst auf die Wahl des Bauplatzes, Größe (nicht unter 0,86 qm pro Einwohner) und Bauplan ein und empfiehlt das Pavillonsystem. Dann bespricht er die Größenbemessung und Einrichtung der einzelnen Räume. Die Wände sind bis 2 m mit Plattenbelag zu versehen und die Fußböden aus Zementbeton mit geriffelter Oberfläche herzustellen. Jedes Schlachthaus wird eine Kläranlage erhalten müssen. Zum Schluß geht der Verfasser auch auf die Heizung und Beleuchtung ein. Dr. Wolf-Hanau.

---

4. Abfallstoffe und Abwässer.

Ueber Bedürfnisanstalten. Von Prof. Dr. Rohland-Stuttgart. Gesundheit; 1916, Nr. 2.

Zur Verwendung für Bedürfnisanstalten empfiehlt der Verfasser Sanitol, das ein dünnflüssiges Desinfektionsmittel aufzusaugen vermag. Die Reinigung erfolgt mit warmem Wasser, dann werden die Platten trocken gerieben und wieder mit Sanitolöl getränkt. Es werden Oelgeruchverschlüsse (Amento) in die Abflußrinne eingebaut. Dr. Wolf-Hanau.

Gutachten betreffend Beseitigung der in der Stadt N. anfallenden Gerbereiabwässer. Von Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Abel, Direktor des Hygienischen Instituts zu Jena. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, H. 1.

Der Magistrat zu N. ersuchte über einen Vorentwurf zur Beseitigung der Gerbereiabwässer um ein Gutachten. Bei der Schwierigkeit, die in die Gerbereiabwässer übergehenden Milzbrandsporen durch ein Desinfektionsverfahren abzutöten, bleibt die Abscheidung dieser Keime durch Filtration allein brauchbar. A. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Das von den Herren Projektverfassern geplante Verfahren der Behandlung des Gerbereiabwassers von N. durch intermittierende Bodenfiltration mit nachfolgender seitlicher Filtration im natürlichen Boden ist nach dem heutigen Stande von Wissenschaft und Praxis als durchaus zweckentsprechende und nach Lage der Dinge beste Lösung anzusehen.

Statt der intermittierenden Bodenfiltration Rieselung vorzunehmen, muß widerraten werden, weil die Rieselung keine Zurückhaltung der Milzbrandkeime im Boden sichert, teurer wird und bei dem Charakter des Abwassers auch die sonst vorhandenen Vorteile der Rieselung (landwirtschaftliche Ausnutzbarkeit des Bodens) nicht oder nur in sehr beschränktem Maße liefert.

Rieselung mit nachfolgender Keimfiltration im natürlichen Boden hat ebenfalls den Nachteil der höheren Kosten und der mangelhaften landwirtschaftlichen Ausnutzbarkeit gegen sich, ohne irgendwelche Vorteile zu bieten.

2. Der Ausführung des Projektes hat eine genaue Untersuchung des Bodens auf seine filtrierenden Eigenschaften vorauszugehen. Gegebenenfalls wäre ein anderes geeignetes Gelände auszuwählen. Das Verhältnis zwischen zu reinigender Abwässermenge und filtrierender Bodenfläche soll mindestens zunächst nicht über 100 cbm Abwässer täglich zu 1 ha Land hinausgehen. Für die Beseitigung der Sperrstoffe aus dem Sammelbrunnen und des Schlammes aus den Absitzbrunnen sowie für die Einteilung in Beete und das Umbrechen der Filteroberfläche sind die im einzelnen gegebenen Hinweise zu berücksichtigen. Die Leistung der Anlagen ist dauernd unter sachverständiger Beratung zu überwachen.

Zum Schlusse bemerkt A., daß es sich empfehlen wird, mit der weiteren Ausarbeitung und vielleicht zunächst teilweisen Ausführung des Projektes möglichst bald vorzugehen. Bei der augenblicklichen Lage, die eine Einfuhr ausländischer Häute in größerem Maße jedenfalls nicht gestattet, wird man, sofern die Gerbereien überhaupt im Betrieb sind, mit der Verarbeitung inländischer, d. h. milzbrandkeimfreier Häute überwiegend zu rechnen haben, daher Abwässer erhalten, die wohl chemisch den sonst anfallenden gleich oder ähnlich, dagegen bezüglich des Keimgehaltes ungefährlich sind. Man wird daher Erfahrungen über die Reinigungsweise der Abwässer durch die Landbehandlung sammeln können, ohne zugleich schon auf die Milzbrandgefahr Rücksicht nehmen zu müssen. Dr. Roepke-Melsungen.

5. Gewerbehygiene.

Die gesundheitlichen Verhältnisse in den Vergoldereien. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1915, Nr. 12.

Die Abhandlung bespricht die einzelnen Teilverrichtungen des Arbeitsprozesses vom gewerbehygienischen Standpunkt aus gesondert: Grundieren, Belegen, Schleifen, Farbigmachen, Lackieren, Polieren, Bimsen, Anlegen, Vergolden. Dr. Wolf-Hanau.

Ueber die Lungenerkrankungen der Steinhauer. Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Koelsch-München. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1915, Nr. 11—12.

Der Verfasser bespricht in eingehender Weise die verschiedenen Krankheitsbilder, die Diagnose, Prognose und Prophylaxe. Die Ergebnisse der Abhandlung zeigen, wie sehr die strikte Durchführung der bestehenden Bestimmungen künftig erforderlich ist. Eine Ergänzung wäre dahin nötig, daß die Arbeiterauslese durch amtliche Eintritts- und periodische Zwischenuntersuchung vorgeschrieben würde. Besondere Beachtung muß der Arbeitsausschluß lungenkranker Arbeiter erfahren. Der vorgebundene Schwamm wird immer noch den Respiratoren vorgezogen. Dr. Wolf-Hanau.

Hirnerweichung bei Lokomotivführern selbst nach voraufgegangener Syphilis als Unfallfolge. Von Dr. W. Sternberg-Berlin. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1915, Nr. 11 und 12.

Der Verfasser teilt 3 Fälle mit, in denen trotz voraufgegangener Syphilis das Trauma als auslösender Faktor des Gehirnleidens angesehen wurde.

Dr. Wolf-Hanau.

Klinische und sozialmedizinische Arbeiten der Aerzte des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens und Niederösterreichs. Herausgegeben von Priv.-Doz. Dr. Schiff. Beilage zur Zeitschrift „Das österreichische Sanitätswesen“; 1915, Nr. 47/50.

Da diese 23 Arbeiten infolge des Ausfalles des III. Internationalen Kongresses für Gewerbekrankheiten, der September 1914 in Wien tagen sollte, in der geplanten Festschrift nicht erscheinen konnten, so hat man sie jetzt als besondere Beilage herausgegeben, deren Anschaffung nur empfohlen werden kann. Besondere Hervorhebung verdienen an dieser Stelle folgende Arbeiten:

1. Chronische Wirbelsäulenversteifung. Von Dr. A. Schiff.
2. Trauma und Tuberkulose. Von Dr. Löwenstein.
3. Charakteristische Berufsverletzungen. Von Dr. Chasse.

4. Die Mobilisierung in der Unfalltherapie und Gewerbehygiene. Von Priv.-Doz. Dr. Burn.

5. Die Begutachtung des varikösen Symptomenkomplexes. Von Dr. Grünfeld.

6. Die beruflichen Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. M. Oppenheim.

7. Ueber 2 typische Verbrennungsformen. Von Prof. Dr. Weidenfeld.

8. Ermüdungsprobleme bei Neurasthenie. Von Prof. Erben.

9. Ueber Bleivergiftung bei Glasbläsern. Von Prof. Dr. S. Fränkel und Dr. Teleky.
Dr. Wolf-Hanau.

---

6. Eisenbahnhygiene.

Periodische gesundheitliche Untersuchungen des Eisenbahnpersonals? Von Geh. San.-Rat Dr. Rheins-Neuß und Med.-Rat Dr. Gilbert-Dresden. Zeitschrift für Bahnärzte; 1916, Nr. 2.

Der erste Verfasser ist der Ansicht, daß die periodischen Untersuchungen weder wünschenswert noch notwendig sind. — G. widerlegt die in der vorigen Abhandlung geäußerten Bedenken.
Dr. Wolf-Hanau.

---

7. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Kriegsbeschädigtenfürsorge und Diensttauglichkeit. Von Geh. San.-Rat Dr. Herzfeld-Halle. Zeitschrift für Bahnärzte; 1916, Nr. 2.

Der Verfasser bespricht von den Kriegsbeschädigungen die, welche für die Bahnärzte von besonderer Bedeutung sind, und zwar besonders eingehend die inneren Kriegsschäden.
Dr. Wolf-Hanau.

Aerztliche Fürsorgesprechstunden für Kriegsbeschädigte. Von Dr. F. Curschmann-Wolfen. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 1.

Sowohl die ärztliche Berufsberatung vor Aufnahme der Arbeit als auch die Ueberwachung des Gesundheitszustandes nach aufgenommener Arbeit ist nicht in den Städten allein, sondern möglichst da vorzunehmen, wo der Beschädigte seine Arbeit finden soll und später ausübt, es sind also möglichst viele Beratungsstellen zu gründen. Die Aerzte der einzelnen Kreise müssen sich zu einer solchen Fürsorgestelle zusammenschließen, die auch die Behandlung überwachen muß.
Dr. Wolf-Hanau.

Uebungsschulen für Hirnverletzte. Von Prof. Goldstein-Frankfurt a. M. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1916, Nr. 1.

An jedem Orte, an dem sich eine Anzahl von Lazaretten befindet, muß eine Schule für Hirnverletzte eingerichtet werden, an der ein Nervenarzt und ein Pädagoge zusammenwirken müssen.
Dr. Wolf-Hanau.

---

8. Soziale Hygiene.

Die gesundheitlichen Aufgaben nach dem Kriege. Von Dr. A. Fischer-Karlsruhe. Archiv für soziale Hygiene; Bd. 11, H. 2.

Die wichtigsten Forderungen der Sozialpolitik decken sich mit denen der sozialen Hygiene. Die Lösung der bedeutungsvollsten Aufgaben auf dem Gebiete der Sozialpolitik würde im wesentlichen schon durch eine tiefgreifende Hygienegesetzgebung erfolgen. Ein Hygienegesetz würde aber nicht nur soziale und hygienische Fortschritte erzielen, sondern es würde auch von hohem nationalen Wert sein.
Dr. Wolf-Hanau.

---

9. Statistik.

Die Todesursachenstatistik im Deutschen Reiche für das Jahr 1912. Von San.-Rat Dr. Prinzing-Ulm. Archiv für soziale Hygiene; Bd. 11, H. 2.

Die deutsche Todesursachenstatistik krankt an mancherlei Fehlern; der Hauptfehler ist, daß jeder gesetzliche Hintergrund fehlt, nämlich die ärztliche Leichenschau. Die ganze Todesursachenstatistik müßte zentralisiert werden.
Dr. Wolf-Hanau.

Die Bevölkerungsregister in den Niederlanden. Von Dr. J. Reitsma-Amsterdam. Archiv für soziale Hygiene; Bd. 11, H. 2.

Die Bevölkerungsregister, die gleichsam die Register für die demographische Buchführung sind, haben sich in den Niederlanden zu einer Einrichtung entwickelt, die einen unentbehrlichen Faktor im sozialen Leben bildet.

Dr. Wolf-Hanau.

Die Entwicklung der Bevölkerung in Oesterreich-Ungarn in dem 1. Jahrzehnt dieses Jahrhunderts. Von Reg.-Rat Dr. Roesle-Berlin. Archiv für soziale Hygiene; Bd. 11, H. 2.

Die Wege, welche die Bevölkerungspolitik in Oesterreich und Ungarn in Zukunft zu wandeln hat, sind durch das Ergebnis der letzten Volkszählung deutlicher denn je vorgezeichnet: Nicht eine phantastische Geburtenvermehrungspolitik, sondern nur die Schaffung hinreichender Erwerbmöglichkeiten dürfte die Aufgabe sein, um die sich immer noch kräftig entwickelnde natürliche Volksvermehrung in diesen Ländern zu sichern. Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Kreisarzt Dr. Wolf-Witzenhausen (jetzt in Hanau): **Die Improvisationen von Dampf-Desinfektionsapparaten.** Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt. Dresden-N. 6. Kl. 8°, 31 S. Preis 50 Pfg.

Da im Felde nicht überall stationäre oder fahrbare Dampfdesinfektionsapparate zur Seuchenbekämpfung und zur Entlausung von Uniformen zur Verfügung stehen, muß zu Behelfsvorrichtungen gegriffen werden. Der Verfasser hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die in Betracht kommenden Verfahren und die in der Literatur zerstreut beschriebenen Apparate zusammenzustellen. Da er sich hierbei auf solche Behelfsvorrichtungen beschränkt, die schon an vielen Orten mit Erfolg angewendet sind, eignet sich die kleine Schrift als Nachschlagewerk besonders für Militär- und Gefangenenlagerärzte.

Dr. Roepke-Melsungen.

Med.-Rat Dr. Schrakamp-Düsseldorf: **Fürsorge- und Versorgungsansprüche der kriegsbeschädigten Heeresangehörigen.** Verlag von L. Schwann-Düsseldorf. Kl. 8°, 47 S.

Aus dem großen Umfang der die Kriegsbeschädigtenfürsorge betreffenden Maßnahmen werden die neueren und wichtigeren besprochen, die auf Gesetzen oder gleichwertigen Verordnungen beruhen. Den Lazarettärzten wird die Vermittelung dieser für die Erledigung ihrer Aufgaben notwendigen Kenntnisse um so willkommener sein, als sie ihnen das Studium der Gesetze erspart und die wichtigsten Punkte aller jener Vorschriften genauer darlegt. Im besondern finden wir die Fragen beantwortet, wer Anspruch auf freie ärztliche Behandlung hat, wie lange und wie behandelt werden soll, ferner betr. Verlegung von einem Lazarett in das andere, Beschäftigung der Verwundeten und Kranken in Lazaretten zum Zweck schnellerer Wiederherstellung, Beschaffung künstlicher Glieder, Begutachtung militärischer Dienstbeschädigungen und kriegsbeschädigter Heeresangehöriger, Nachprüfung ihrer Versorgungsansprüche, die Hinterbliebenenversorgung und Abgrenzung der militärischen und bürgerlichen Fürsorgemaßnahmen. Am Schlusse des Schriftchens werden die Verordnungen nach Datum, Aktenzeichen und Inhalt kurz aufgezählt. Vielleicht wäre es möglich, sie durch einen Nachtrag zu ergänzen. Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Der Bundesrat hat laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Januar 1916 die **Mitglieder des Reichsgesundheitsratsrats** für die Jahre 1916—1920 **neugewählt.** Es sind nur wenige Aenderungen gegenüber der bisherigen Zusammensetzung eingetreten. Neu gewählt sind: a.-o. Prof. der Agrikulturchemie Dr. Ehrenberg-Göttingen, o. Prof. der pharmazeutischen Chemie Dr. Gadamer-Breslau, Reg.-Rat Dr. Gasteiger-München, a.-o. Prof. der Botanik Dr. Gilg-Berlin, Direktor im Gesundheitsamt Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Händel-Berlin, Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Hellich-Berlin (Land-

wirtschafts-Ministerium), Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Isenbart-Berlin (Reichsamt des Innern), Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack-Berlin, Reg.- und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leubuscher-Meiningen, Geh. Med.-Rat Dr. Merck-Darmstadt, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neisser-Breslau, Prof. der Veterinärheilkunde Dr. Olt-Gießen, Generalarzt Dr. Schmidt-Berlin (Direktor der Charité), Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Thoms-Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Wassermann-Berlin. Vorsitzender des Reichsgesundheitsrats ist wieder der Präsident des Gesundheitsamtes Dr. Bumm, sein Stellvertreter der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner-Berlin. Ausgeschieden sind: Ober-Med.-Rat Dr. Philipp-Gotha und Ober-Reg.-Rat Pröls-München. Unter den 101 Mitgliedern gehören 47, also nicht ganz die Hälfte, dem ärztlichen Stande an (insbesondere Hygieniker und höhere Medizinalbeamte), 19 sind Apotheker, Botaniker, Chemiker, chemische Großindustrielle, 13 Juristen und Verwaltungsbeamte, 11 Vertreter der Tierheilkunde, 4 Vertreter der Landwirtschaft, 8 Vertreter des Bau- und Ingenieurfaches, 2 Gewerbeaufsichtsbeamte, 1 Geologe und 1 Mitglied der Seeberufsgenossenschaft.

Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers ist die gewerbsmäßige **Herstellung von Konserven aus Fleisch** oder unter Zusatz von Fleisch, die durch Erhitzen haltbar gemacht sind, verboten. Als Fleisch gelten Rind-, Kalb-, Schaf-, Schweinefleisch sowie Fleisch von Geflügel und Wild aller Art, Wurstwaren und Speck. Zur gewerbsmäßigen Herstellung von Wurstwaren darf nicht mehr als ein Drittel des Gewichts ausgeschlachteter Rinder, Schweine und Schafe verarbeitet werden. Die Verarbeitung der inneren Teile und des Blutes wird durch diese Beschränkung nicht getroffen. Die Vorschriften gelten nicht für die Herstellung von Fleischkonserven und Wurstwaren zur Erfüllung von Verträgen, die unmittelbar mit den Heeresverwaltungen und der Marineverwaltung abgeschlossen sind.

Im Sitzungssaal des Reichstags trat am 7. Februar vormittags die **Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge** mit der Deutschen orthopädischen Gesellschaft zu einer **außerordentlichen Tagung** zusammen, an der auf Anordnung des Kriegsministeriums auch sämtliche stellv. Korpsärzte teilnahmen, um sich über die wichtigsten Fragen in diesem Teile der Kriegsbescschädigtenfürsorge zu unterrichten. Die Eröffnungsrede, die auf die großen Aufgaben der Vereingung hinwies, hielt der Vorsitzende Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich. Sodann sprach Prof. Dr. Biesalski-Berlin über das Thema: „Ein Jahr Kriegskrüppelfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Tätigkeit". Nach ihm erörterte der Generalarzt Dr. Schultzen-Berlin die stationären und ambulanten Fürsorgeeinrichtungen für Kriegsbeschädigte in Deutschland. Berichte von Oberstabsarzt Prof. Dr. Spitzy-Wien über Anlage und Organisation von Invalidenschulen, von Generalarzt Prof. Dr. Dollinger-Budapest über die Organisation des ungarischen Kriegsinvalidenamtes, von Pastor Hoppe-Nowawes über Friedenskrüppelheime und von Landesrat Horion-Düsseldorf über Lazarettschulen schlossen sich an. In der Nachmittagssitzung wurde eine Reihe von Spezialfragen erörtert.

Im Anschluß daran fanden auf Anregung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums am 8. und 9. Februar in der Kaiser Wilhelms-Akademie unter dem Vorsitz des Feldsanitätschefs Beratungen über verschiedene Fragen des Sanitätsdienstes im Heimatgebiete statt, an denen sämtliche Kriegssanitätsinspekteure, stellvertr. Korpsärzte, Sanitäts-Transportkommissare und die Garnisonärzte der größeren Festungen teilnahmen.

Prüfstelle für Ersatzglieder. Um die zahlreichen auf den Markt kommenden Ersatzglieder für die Angehörigen der verschiedensten Berufe auf Bauart und Ausführung zu prüfen, um ihre Eignung unter Berücksichtigung der vorliegenden Verletzungen festzustellen und je nach dem Ausfall der Prüfung eine Auswahl des Guten und Brauchbaren zu treffen, ist eine Prüfstelle für Ersatzglieder ins Leben gerufen worden, deren Träger in Hinsicht auf die Beschaffung und Verwaltung von Mitteln vorläufig der Verein deutscher Ingenieure ist. Die Prüfstelle ist der Ständigen Aus-

stellung für Arbeiterwohlfahrt in Charlottenburg, Fraunhoferstraße 11, angegliedert. Dadurch sind insofern günstige Verhältnisse geschaffen, als dort das Reichsamt des Innern eine umfassende Ausstellung von Ersatzgliedern vorführen wird, die also Material für die Prüfungen bereitzustellen vermag. Dem Arbeitsausschuß der Prüfstelle gehören unter dem Vorsitz des Senatspräsidenten im Reichsversicherungsamt, Geheimen Regierungsrats Dr.-Ing. h. c. Konrad Hartmann folgende Mitglieder an: von Aerzten: Professor Dr. med. Borchardt vom Rudolf Virchow-Krankenhause in Berlin, Dr. med. Radike, leitender Arzt des Reserve-Lazaretts Görden-Brandenburg, und Oberstabsarzt Prof. Dr. med. Schwiening, Mitglied der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums; von Ingenieuren: Dr. Beckmann, Oberingenieur der Akkumulatorenfabrik A.-G., D. Meyer, Direktor des Vereins deutscher Ingenieure, Dr.-Ing. G. Schlesinger, Professor an der Technischen Hochschule Berlin, und Ingenieur Volk, Direktor der Beuth-Schule in Berlin.

Die Tätigkeit der Prüfstelle soll zunächst nur auf die Untersuchung der typischen Ersatzglieder gerichtet werden, nicht auf das Anlernen von Menschen; selbstverständlich müssen zur Erprobung der Ersatzglieder Kriegsbeschädigte zur Verfügung stehen, welche die mehr oder weniger schweren typischen Verluste oder Verletzungen an Armen und Beinen aufweisen.

Die Prüfstelle wird die Leitungen der Lazarette bitten, willige, geschickte und intelligente Kriegsbeschädigte der bezeichneten Art zur Verfügung zu stellen. Diese sind dann, mit den Ersatzgliedern ausgerüstet, innerhalb der Prüfstelle mit Hand- und Maschinenverrichtungen zu beschäftigen. Angestrebt wird, daß sich auf diese Weise eine Lehrmeisterschule von Männern bildet, die von der Durchführbarkeit der ihnen gestellten Aufgaben von vornherein überzeugt sind und so auf die später von ihnen Anzulernenden anfeuernd wirken können. Von der durch sachverständige Leitung geregelten Wechselwirkung zwischen einem willigen Menschen, der das Kunstglied gebrauchen soll, und dem auf die Verbesserung bedachten Hersteller des Kunstgliedes darf man sich ferner Fortschritte im Kunstgliederbau versprechen, die sich auf andere Weise nicht erreichen lassen. Endlich wird Vereinheitlichung und Normalisierung von Einzelteilen der Ersatzglieder durch die Tätigkeit einer solchen Prüfstelle gefördert werden, ein Erfolg, der mit Rücksicht auf Schnelligkeit und Billigkeit der Anfertigung sowie auf Bequemlichkeit des Ersatzes und der Auswechslung nicht hoch genug anzuschlagen wäre.

Die Prüfstelle wird fortlaufend Merkblätter herausgeben, in denen die Fortschritte im Kunstgliederbau und die Ergebnisse in den verschiedenen Berufen verzeichnet werden.

Verleumdungen deutscher Lazarettärzte in der englischen Presse. Die „Daily Mail“ vom 7. und 9. September 1915 bringt zwei Aufsätze über angeblich unwürdige und grausame Behandlung von Gefangenen in den Lazaretten in Mülheim a. d. Ruhr und in Paderborn. Ein aus Winnipeg stammender Kanadier soll in dem Lazarett in Mülheim gelegen und berichtet haben, Schwerkranke hätten im strengen Winter kalte Bäder im Freien nehmen müssen, Verbände seien am Körper gelassen worden, bis sie üble Dünste verbreiteten, und dergl. mehr. Die von der deutschen Heeresverwaltung eingeleiteten Ermittelungen haben nach der „Nordd. Allg. Ztg.“ das Ergebnis gehabt, daß sich in Mülheim a. d. Ruhr niemals ein Mann aus Winnipeg und überhaupt kein Kanadier in Lazarettbehandlung befunden hat.

Am 9. September berichtete die „Daily Mail“ nach den angeblichen Mitteilungen eines Soldaten H. Lees aus Britisch Columbien, daß in seinem Lazarett in Paderborn die Aerzte die englischen Gefangenen stets ohne Betäubung operiert haben; auch ihm sei ein Auge ohne Betäubung herausgenommen worden. Die behördliche Untersuchung hat ergeben, daß bei der Einlieferung des Lees ins Lazarett das rechte Auge bereits entfernt war. Irgendwelche Operation ist an dem Manne in Paderborn überhaupt nicht vorgenommen worden. Sämtliche in den Lazaretten in Paderborn tätig Aerzte haben gegen die Behauptung, daß an den gefangenen Verwund irgendwelche Operationen ohne Betäubung vorgenommen würden, auf das drücklichste Verwahrung eingelegt.

Der diesjährige **deutsche Kongreß für innere Medizin** wird am 1. und 2. Mai in Warschau stattfinden.

Die **Deutsche Orthopädische Gesellschaft** ernannte den Erzherzog Karl Stephan von Oesterreich und den Chef des Feldsanitätswesens, Exzellenz v. Schjerning zu Ehrenmitgliedern.

Am 1. Januar d. Js. ist die **Jubiläumsstiftung des Deutschen Lehrervereins** mit einem Kapital von 225680 Mark ins Leben getreten, die den Zweck hat, Mitgliedern des Vereins, die an Tuberkulose erkrankt sind, Unterstützungen zu gewähren. Für den Stiftungszweck können vorläufig jährlich 30000 Mark verwendet werden.

Prof. Frh. **v. Eiselsberg**-Wien hat das Honorar von **50000 Francs**, das er von König Konstantin von Griechenland für dessen Behandlung erhalten hat, dem Bulgarischen Roten Kreuz überwiesen.

Sven Hedin hat den Gesamterlös seines Buches „Ein Volk in Waffen" in Höhe von **75880,30 M.** dem deutschen und dem österreichisch-ungarischen Roten Kreuz zur Verfügung gestellt.

Medizinisch-Biologische Gesellschaft. Die bisherigen zwanglosen Mitteilungen der Gesellschaft erscheinen vom 1. Januar d. Js. ab unter dem Namen: „Blätter für Biologische Medizin, Beiträge zum Umbau der Heilkunde und Gesundheitspflege auf konstitutioneller Grundlage" als Halbmonatsschrift. Die Schriftleitung führt wie bisher der Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bachmann in Harburg (Elbe).

Todesfall. Wohl der älteste Medizinalbeamte, der am 1. Oktober 1900 in den Ruhestand getretene Regierungs- und Geheime **Medizinalrat Dr. Gustav Adolf Philipp** ist in Liegnitz am 20. Januar d. J. im 90. Lebensjahre gestorben.

In Zeitz 1827 geboren wurde er 1850 als Arzt approbiert und bestand 1855 die Prüfung als „forensischer Arzt". 1856 zum Kreisphysikus in Liebenwerda ernannt, siedelte er bald darauf als solcher nach Mühlberg a. E. über, wo er gleichzeitig als vielbeschäftigter Arzt tätig war. Am 1. Mai 1873 kam er als Nachfolger des Geh. Rat Kerandt in das Regierungs-Kollegium nach Königsberg i. Pr. und wurde am 1. Dezember 1882 nach Liegnitz versetzt. Mehr praktisch als wissenschaftlich tätig, war er ein äußerst zuverlässiger, geschäftsgewandter Staatsbeamter mit unermüdlichem Diensteifer und ein beliebter Arzt. Längere Zeit, bis 1908, Postvertrauensarzt, war er später noch Anstaltsarzt am Königl. Lehrerseminar, welche Stelle er bis kurz vor seinem Tode innehatte. Gelegentlich seiner Verabschiedung wurde er mit dem Kronenorden II. Kl. und beim 60jährigen Doktor-Jubiläum im 82. Lebensjahre durch Verleihung des Roten Adlerordens II. Kl. mit Eichenlaub ausgezeichnet.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Klasse:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider, Direktor des Poliklinischen Instituts für innere Medizin der Universität Berlin, Generalarzt und konsultierender Internist beim Oberkommando einer Armee.

Generalarzt Dr. Johannes-Saarbrücken.

Kreisarzt Dr. Knospe, Stabsarzt d. R. und Chefarzt einer Sanitäts-Komp.

Stabsarzt d. R. Dr. Reiss, Privatdozent in Tübingen.

Eiserne Kreuz II. Kasse:

Dr. Gerlach, Kreisarzt in Osnabrück.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Müller-Herrings-Colmar i. Els., leitender Arzt des Seuchenlazaretts Colmar.

Med.-Rat Dr. Müller, Kreisarzt in Geestemünde.

Außerdem: Assistenzarzt Dr. Georg Hafemann, dritter Sohn des Med.-Rats Dr. Hafemann-Luckau (N.-L.).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:
Feldarzt Dr. G. Bertofsky-Prenzlau.
Assistenzarzt d. L. Dr. F. Davidsohn-Berlin.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Ernst Dobroschke-Ratibor.
Dr. G. Funke-Spandau.
Stabsarzt Dr. Rudolf Gieseler, Assistenzarzt am Institut für gerichtliche Medizin, Leipzig.
Marineassistenzarzt Dr. H. Grimm-Schwerin.
Stabsarzt Dr. Theodor Klein (infolge Krankheit gestorben).
Marinestabsarzt Dr. Ary Korte-Kiel.
Dr. K. Neidhöfer-Hahnstätten.
Marinestabsarzt Dr. Victor Nohl-Ratibor.
Stabsarzt d. R. Dr. H. Nothen-Köln.
Stabsarzt Dr. Rabert-Löwenberg.
Dr. Georg Rhodovi-Hannover.
San.-Rat Dr. Albert Scheele-Schwelm (infolge Krankheit gestorben).
Dr. Max Schmidt-Hochweitzschen.
Dr. Franz Schulze-Weimar (infolge Krankheit gestorben).
Stud. med. Einj.-Gefreiter Gottfr. Schumann-Leipzig.
Marineoberstabsarzt F. Steinbrück-Kolberg.
Marinestabsarzt Dr. W. Strassner-Ruhland.
Dr. F. Stresemann-Berlin-Dahlem.
Generaloberarzt Dr. Adolf Wieber-Berlin.

Cholera. In Oesterreich wurden vom 26. Dez. 1915 bis 8. Jan. 1916 26 (17) und 55 (14) Erkrankungen (Todesfälle), in Kroatien und Slavonien vom 27. Dez. 1915 bis 3. Jan. 1916: 129 (116), in Ungarn vom 3.—16. Jan. 1916: 1 (3), 2 (2) festgestellt.

An **Fleckfieber** sind im Deutschen Reich in der Zeit vom 27 Jan. bis 9. Febr. 1916 wiederum einige Kriegsgefangene in Gefangenenlagern, sowie einige vom östlichen Kriegsschauplatze heimgekehrte deutsche Soldaten erkrankt.

Als an **Pocken** erkrankt gemeldet wurde im Deutschen Reiche ein vom östlichen Kriegsschauplatz heimgekehrter Soldat in Buch, Kreis Nieder-Barnim, Reg.-Bez. Potsdam.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 16. bis 29. Januar 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Rotz, Aussatz, Trichinose: — (—), — (—); Tollwut: — (—), 1 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 11 (—); Milzbrand: 1 (—), — (—),; Pocken: 1 (—), — (—); Unterleibstyphus: 498 (18), 269 (15); Ruhr: 90 (8), 16 (5); Diphtherie: 3624 (266), 3604 (241); Scharlach: 2188 (106), 2022 (103); Kindbettfieber: 79 (29), 69 (18); Genickstarre: 19 (8), 26 (13); spinaler Kinderlähmung: — (1), 1 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—), — (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 56, 41; Tuberkulose (gestorben): 736, 748.

Die vorliegende Nummer ist von mir im Auftrage meines erkrankten Schwiegervaters zusammengestellt. Erfreulicherweise befindet er sich bereits auf dem Wege zur Genesung, so daß das weitere rechtzeitige Erscheinen der Zeitschrift sichergestellt ist.

Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 5. Ausgegeben am 5. März 191

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 5.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Ernannt zum Ehrenritter des Johanniterordens: Kreisarzt Dr. von Fewson in Ahrweiler; — der Kronenorden II. Klasse: dem Generalarzt d. R. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand-Berlin-Grunewald; — die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem Geh. Med.-Rat Dr. Mayer, Kreisarzt in St. Goarshausen, dem Kreisarzt Dr. A. Palleske-Greifenhagen, Professor Dr. Adolf Friedländer-Hohe Mark b. Frankfurt a. M.

Ernannt: Kreisarzt Dr. Dorsch in Herzberg a. E. zum Gerichtsarzt für den Stadt- und Landkreis Essen; Dr. Lorentzen in Gevelsberg zum Kreisassistenzarzt unter einstweiliger Beauftragung mit der vertretungsweisen Verwaltung der Kreisarztstelle in Erkelenz; Kreisassistenrarzt Dr. Scultetus in Ranis zum Kreisarzt des Kreises Ziegenrück mit dem Amtssitz in Ranis.

Versetzt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schröder aus Weißenfels in den Kreisarztbezirk Oletzko mit dem Amtssitz in Marggrabowa.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Paul Friedrich in Königsberg i. Pr., Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Matthes in Breslau, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Wege in Gummersbach.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Den Titel und Rang eines Medizinalrats: dem Landgerichtsarzt Dr. Leonhard Bayerl in Deggendorf, den Bezirksärzten Dr. Joseph Weckerle in Traunstein, Dr. Hans Schmid in Altötting, Dr. Ludwig Steinhuber in Passau, Dr. Georg Becker in Kirchheimbolanden, Dr. Anton Möges in Tirschenreuth, Dr. Albert Schneller in Bamberg (Verwaltungsbezirk II), Dr. Otto Bischoff in Erlangen, Dr. Wilhelm Raab in Ansbach, Dr. Heinrich Kihn in Würzburg (Verwaltungsbezirk Land), Dr. Julius Kundmüller in Hofheim und Dr. Martin Steichele in Augsburg; — das König Ludwig-Kreuz: dem Geh. Rat Prof. Dr. v. Gruber in München, den Reg.- und Med.-Räten Ober-Med.-Rat Professor Dr. Meßerer in München, Ober-Med.-Rat Dr. Demuth in Speyer, Dr. Burgl in Regensburg, Dr. Frickhinger in Würzburg, den Landgerichtsärzten Dr. Grahamer in Landeshut, Dr. Kufner in Passau, Med.-Rat Dr. Mayer in Amberg, Med.-Rat Prof. Dr. Stumpf, Dr. Deppisch und Dr. Cham in Würzburg, den Bezirksärzten Dr. Hans Schmid in Altötting, Dr. Gebhardt in Landshut, Dr. Franz Hofmann in Uffenheim, Dr. Kraus

(Fortsetzung auf Seite 6 des Umschlags.)

in Deggendorf, Dr. Lauer in Schwabach, Dr. Sigmund Merkel in Nürnberg, Dr. Steininger in Stadtamhof, Dr. Weckerle in Traunstein, Dr. Höpfl in Rottenburg, Med.-Rat Dr. Hörmann von Hörbach in Speyer, Med.-Rat Dr. Boecale in Regensburg, Med.-Rat Dr. Preißendörfer in Lohr, Med.-Rat Dr. Franz Eduard Hofmann in Würzburg, Dr. Braun in Königshofen, Dr. Kundmüller in Königshofen i. Gr., Dr. Theodor Hofmann in Mellrichstadt, dem Prof. Dr. Lehmann-Würzburg, leitender Hygieniker beim Sanitätsort des I. Armeekorps, dem Polizeiarzt Dr. Heldmann in Augsburg, dem Arzt Dr. Hugo Hösch in Pasing.

Ernannt: Dr. Karl Eisen, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren zum Direktor an der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg.[1])

Versetzt: Der Oberarzt Dr. Karl Brandl in Eglfing nach der Heil- und Pflegeanstalt Haar.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Michael Schmid, Bezirksarzt a. D. in München.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Medizinalrats: den Oberärzten Dr. Finkh in Tettnang und Dr. Drachter in Crailsheim.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Obermedizinalrat: dem Ober-Med.-Rat Dr. Balser, vortragender Rat in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege im Ministerium des Innern in Darmstadt; — als Geheimer Medizinalrat: dem o. Prof. Dr. Peter Poppert in Gießen und dem Med.-Rat Dr. Merck.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Jakob Krug, früher Direktor der Hebammenlehranstalt in Mainz.

Grossherzogtum Sachsen-Meiningen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leubuscher, Referent für das Medizinalwesen in Meiningen.

Herzogtum Sachsen-Coburg und Gotha.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rote Adlerorden III. Kl.: dem Geh. Reg.- und Ober-Med.-Rat Dr. Philipp in Gotha.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Hofrat sowie die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Oberlandesphysikus Dr. Dietz in Arolsen (Waldeck).

Ernannt: Der a. o. Professor für Hygiene und Bakteriologie an der Universität Straßburg Dr. Philalethes Kuhn zum Leiter der Bakteriologischen Anstalt für Elsaß in Straßburg.

[1]) War in voriger Nummer irrtümlich unter „Württemberg" aufgeführt.

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 5.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. März.

Die diesjährigen Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat.

Vom Herausgeber.

Trotzdem sich das Abgeordnetenhaus infolge des Krieges bei seinen Verhandlungen möglichster Kürze befleißigte, hat es dem Medizinaletat nicht nur in der Staatshaushaltskommission, sondern auch im Plenum fast einen vollen Sitzungstag gewidmet. Den Hauptgegenstand der Verhandlungen bildete in beiden Sitzungen die so überaus wichtige Frage des **Geburtenrückganges**; man war allseitig der Ansicht, daß dieser mit allen Mitteln beseitigt werden müsse und die in der Kommission wie im Hause gestellten und von diesem angenommenen Anträge (s. nachstehend) beweisen, daß man sich nicht mehr mit theoretischen Erwägungen aufhalten, sondern den für unser ganzes Volk so äußerst gefährlichen Mißstand in wirksamer Weise bekämpfen will. Hoffentlich finden die Anträge die Zustimmung der Staatsregierung und kommen zur Durchführung; diese wird allerdings recht erhebliche Kosten verursachen, aber Geld darf, wie der Abg. Dr. Mugdan sehr richtig sagte, gerade hier keine Rolle

spielen, da es tausendfach Zinsen einbringen wird. Besonders erfreulich ist bei den diesjährigen Verhandlungen die Uebereinstimmung aller Parteien in bezug auf die Notwendigkeit der zu ergreifenden Maßnahmen; der Medizinalverwaltung und den Medizinalbeamten wird es dabei zur besonderen Genugtuung gereichen, daß jetzt von verschiedenen Seiten Maßnahmen gefordert werden, die von ihnen schon längst als notwendig anerkannt, aber s. Z. vom Abgeordnetenhauses abgelehnt sind, z. B. die Anzeigepflicht bei offener Tuberkulose, Bestrafung grobfahrlässiger Uebertragung einer Geschlechtskrankheit, Besserstellung der Bezirkshebammen usw.; von einer Seite (Abg. Faßbender) wurde sogar ein amtsärztliches Zeugnis bei der Eheschließung verlangt.

Nicht minder erfreulich ist aber die **allseitige Anerkennung,** die diesmal nicht bloß die **deutsche Aerzteschaft** mit Rücksicht auf ihre vorzügliche Tätigkeit im Kriege und die dadurch erzielten großen Heilerfolge, sondern auch die preußische **Medizinalverwaltung** gefunden hat ob ihrer hervorragenden Leistungen auf dem ganzen Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere auf dem Gebiete der **Seuchenbekämpfung.** Eine derartige uneingeschränkte Anerkennung ist der Medizinalverwaltung bisher im Abgeordnetenhause noch nie zuteil geworden; sie hat diese aber auch, namentlich der Leiter der Abteilung, in vollem Umfange verdient. Mit Stolz und berechtigter Genugtuung wird sie diese Anerkennung erfüllt haben, ist sie doch auch der beste Beweis, daß sich auch die früheren Gegner einer ärztlichen Leitung der Abteilung damit ausgesöhnt haben und diese der Entwicklung unseres öffentlichen Gesundheitswesens nur zum Segen gereicht hat.

Wir lassen nun nachstehend die Verhandlungen in der Staatshaushaltskommission (nach einem Bericht in Nr. 8 der Deutschen medizinischen Wochenschrift) und des Abgeordnetenhauses selbst (nach dem stenographischen Bericht) folgen:

A. Verhandlung der verstärkten Staatshaushaltskommission über den Medizinaletat in ihrer Sitzung vom 17. Februar d. J.

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner** hob hervor, daß ein guter Volkswirt, um sein Vermögen in Ordnung zu bringen, entweder die Einnahmen steigert oder die Ausgaben vermindert. Wir wollen durch eine energische **Bekämpfung des Geburtenrückganges** sozusagen die Einnahmen unseres Volkes erhöhen. Unerläßlich aber ist es, und dies ist bisher ja mit Erfolg geschehen, daß auch die Ausgaben des Volkskörpers, das heißt die Sterblichkeit, vermindert werden. Unter dem Einfluß der öffentlichen Gesundheitspflege und der bakteriologischen Forschungen von Robert Koch und seinen Schülern ist die **Sterblichkeit** in Preußen und in Deutschland in den letzten dreißig Jahren fast um die Hälfte zurückgegangen. Dieser Rückgang ist besonders groß bei den sogenannten übertragbaren Krankheiten, besonders bei Diphtherie, Typhus, Ruhr, aber sie tritt auch bei den nicht übertragbaren Krankheiten zutage. Infolgedessen werden in Preußen jährlich durchschnittlich über 400 000 Menschen mehr am Leben erhalten, als es in früheren Jahren der Fall war. Das durchschnittliche Lebensalter ist bei den Männern um sechs, bei den Frauen um mehr als sieben Jahre gestiegen. Es kann aber auch auf diesem

Gebiete noch mehr geschehen, als bisher. Dies geht schon daraus hervor, daß die Sterblichkeit in gewissen großen Städten, z. B. Wilmersdorf, Neukölln, Schöneberg, Charlottenburg, Berlin, geringer ist, als im Durchschnitt des Staates. Mehr geschehen kann namentlich auf dem Gebiete der Säuglingssterblichkeit und der Tuberkulose. Früher starben von je vier Kindern im ersten Lebensjahre eins. Eine energische Bekämpfung der Kindersterblichkeit hat erst vor etwa 13 Jahren begonnen, erfreulicherweise hat sie schon jetzt zu merklichen Ergebnissen geführt. Man sieht hieran, wie an vielen anderen Dingen, daß hygienische Aufgaben, die mit Energie in Angriff genommen werden, verhältnismäßig bald der Lösung entgegengeführt werden können. Bedenklich ist, daß die Kindersterblichkeit auf dem Lande früher geringer, jetzt aber größer ist, als in den Städten, und daß die Kindersterblichkeit unter den unehelichen Kindern noch immer sehr viel größer ist als unter den ehelichen. Daraus ergibt sich, daß namentlich auf dem Lande und gegenüber den unehelichen Kindern noch mehr geschehen muß als bisher.

Gegenüber dem aus dem Ausschuß geäußerten Wunsche, es möchten mehr Staatsmittel zur **Bekämpfung der Tuberkulose** aufgewendet werden, erklärte der Ministerialdirektor: Der Minister hat in den letzten Jahren für mehrere Kreise, namentlich für den Kreis Hümling (Reg.-Bez. Osnabrück) Jahr für Jahr größere Summen aufgewendet, die schon jetzt zu einem Rückgang der Tuberkulose geführt haben. Allerdings ist der Titel 25 des Kapitels 97a zu gering, um in größerer Ausdehnung hier Hilfe schaffen zu können, aber von privater Seite geschieht sehr viel. Ich erinnere nur an die Leistungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Landesversicherungsanstalten. Wenn wir jetzt schon einen Rückgang von 51 v. H. bei den Todesfällen an Tuberkulose zu verzeichnen haben, so ist das hauptsäthlich diesen Leistungen zu verdanken. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß nach dem Kriege auf diesem Gebiete noch mehr geschehen muß; denn das Wort Friedrich Wilhelm I., daß der wertvollste Besitz eines Volkes die Menschen sind, besteht zu Recht und wird sich besonders nach dem Kriege bewahrheiten.

Nach Beendigung der Erörterung über den Geburtenrückgang dankte der Minister für die Bereitwilligkeit, die allseitig aus der Kommission hervorgetreten sei, zur Unterstützung der Staatsregierung bei ihrer schwierigen Aufgabe der Bekämpfung des Geburtenrückgangs.

Auf eine weitere Anfrage aus dem Ausschuß erklärte der Minister des Innern folgendes: Bei Ausbruch des Krieges stellten sich viele **Aerzte**, die bereits aus dem Militärverhältnis heraus waren, zur Verfügung mit der Maßgabe, daß sie in ihrem Wohnsitz oder in der Nähe blieben. Von diesen Herren ist aber im weiteren Verlauf ein Teil mit ihrem Einverständnis reaktiviert. Von da ab standen sie allen übrigen Militärärzten gleich. Ihr Vorbehalt hinsichtlich des Ortes ihrer Verwendung war hinfällig. Der Minister erklärte seine Bereitwilligkeit, bei der Militärbehörde vorstellig zu werden dahin, daß die betreffenden Aerzte, wenn möglich, neben dem Militärdienst ihre Zivilpraxis ausüben können. Hierin würde ein Entgegenkommen der Militärbehörde liegen. Rechtlich seien die Maßnahmen der Militärbehörde in dieser Angelegenheit unanfechtbar.

Auf Anfrage aus dem Ausschuß, wie der Minister über die **Verbilligung der Krankenhäuser** namentlich in großen Städten denke, erwiderte der Ministerialdirektor: Im November 1913 ist ein Erlaß herausgegeben, in dem die nachgeordneten Behörden auf die Möglichkeit hingewiesen werden, gegenwärtig Krankenhäuser viel billiger zu errichten. Erhebungen, die der Minister bei allen Regierungspräsidenten angestellt und die Geheimrat Krohne in einer Arbeit veröffentlicht hat, haben ergeben, daß man jetzt schon je nach Größe der Stadt für 2000 bis 4000 M. für das Bett hygienisch durchaus einwandfreie Krankenhäuser errichten kann. Angriffe, die von gewisser Seite gegen den Erlaß des Ministers und die Arbeit des Geheimrats Krohne erhoben worden sind, haben sich als nichtberechtigt herausgestellt, und es ist nach wie vor der Standpunkt des Ministers des Innern, daß unbeschadet der zweckmäßigen hygienischen Einrichtungen so viel als möglich auf Verbilligung der Krankenhausbauten hingestrebt werden sollte.

Bei der allgemeinen Besprechung des Medizinalwesens wurden aus dem Ausschuß ferner folgende Anfragen gestellt:

1. Wie gestaltet sich die Zukunft der **jungen Mediziner**, die sich im Kriegsdienst befinden, hinsichtlich ihrer weiteren wissenschaftlichen Vorbereitung, und zwar sowohl derjenigen, die das Physikum, als auch derjenigen, die die große Staatsprüfung noch nicht gemacht haben?

2. Ist es richtig, daß diejenigen, welche das Physikum, aber noch nicht die große Staatsprüfung bestanden haben, unter gewissen Voraussetzungen zu Militärärzten befördert werden?

3. Könnte nicht für die jungen Leute, die sich nun bald zwei Jahre im Sanitätsdienst des Heeres bewährt, aber das Physikum noch nicht bestanden haben, Urlaub in Aussicht genommen werden, wie bei den Regierungsreferendaren, damit sie unter Kürzung der sonst vorgeschriebenen Vorbereitungszeit sich auf das Physikum vorbereiten?

Hierauf antwortete der Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner**: Sofort nach Ausbruch des Krieges hat der Reichskanzler im Einvernehmen mit dem Minister des Innern und dem Kultusminister weitgehende Erleichterungen für die Prüfungen der Mediziner eingeführt. Zunächst wurde schon am 2. August die sogen. ärztliche Notprüfung eingeführt, die wesentlich vereinfacht und lediglich mündlich war und nicht länger als zwei Tage dauern sollte. Auch wurde sämtlichen Medizinern, die die ärztliche Prüfung bestanden hatten, das praktische Jahr erlassen. Auf diese Weise ist es gelungen, der Armee und dem Lande eine erhebliche Anzahl von frischgeprüften Aerzten zuzuführen. Mitte Februar 1915 wurde die ärztliche Notprüfung abgeschafft und an ihre Stelle eine abgekürzte, im übrigen den Bestimmungen der ärztlichen Prüfungsordnung entsprechende sogen. Kriegsprüfung eingeführt, die jedoch nur bis zum 31. März 1915 abgelegt werden konnte. Seit dieser Zeit müssen die jungen Mediziner wieder die volle ärztliche Prüfung ablegen. An Erleichterungen sind jetzt nur noch folgende in Geltung: einmal wird denjenigen Medizinern, die vor Eintritt in das Heer noch nicht ihrer Heerespflicht genügt haben, ein Semester Kriegsdienst auf das Studium angerechnet, weiter wird die übrige Kriegsdienstzeit unter bestimmten Voraussetzungen auf das praktische Jahr angerechnet.

Einer Beförderung von Medizinern, die zwar die Vorprüfung, nicht aber die ärztliche Prüfung bestanden haben, zu Militärärzten findet allerdings statt, jedoch mit der Einschränkung, daß alle Mediziner vom 7. Semester ab Feldunterärzte werden und in etatsmäßigen Assistenzarztstellen verwendet werden können. Ihre Stellung zur Wahl und ihre Beförderung zum Sanitätsoffizier findet dagegen nur nach Ablegung der ärztlichen Prüfung statt.

Eine Beurlaubung von jungen Leuten, die im Sanitätsdienst des Heeres tätig sind, zwecks Ableistung der Vorprüfung, wird vom Kgl. Kriegsministerium abgelehnt mit Rücksicht auf die Beschwerden, die von anderen Berufsständen dagegen erhoben werden könnten. Auch wird es weder vom Kriegsminister noch von den Zivilstellen als zulässig erachtet, daß junge Leute, die im Felde stehen, sich auf einige Tage nach einer Universitätsstadt beurlauben lassen, dort ein Kolleg belegen, ohne es zu hören, und dann den Anspruch erheben, daß dieses Semester ihnen auf das Studium angerechnet werde.

Aus dem Ausschuß wurde von einem Mitglied geltend gemacht, daß für die Unterstützung des **Hebammenwesens** (Titel 28) größere Geldaufwendungen gemacht werden müßten. Der Ministerialdirektor erwiderte: Die Mehrzahl der Hebammen hat eine jährliche Einnahme von weniger als 300 M. Dies ist mit ein Grund dafür, daß Frauen aus höheren Ständen für den Beruf sich nicht zur Verfügung stellen, aber auch dafür, daß leider manche Hebammen der Versuchung, durch Fruchtabtreibung Geld zu verdienen unterliegen. Deswegen hat der Minister schon seit einer Reihe von Jahren versucht, womöglich alle Kreise zu statutarischer Regelung des Hebammenwesens zu veranlassen. Das ist bis jetzt bei 220 Kreisen geschehen. Außerdem wird aber anzustreben sein, daß die Niederlassungsfreiheit der Hebammen beschränkt wird, damit jede einen Bezirk bekommen kann, der sie auch zu ernähren vermag. Die Verhandlungen hierüber schweben zurzeit zwischen den Ressorts.

Schließlich wurden folgende Anträge angenommen:

1. das Abgeordnetenhaus zu ersuchen, einen Beschluß dahingehend zu fassen: die Kgl. Staatsregierung zu ersuchen,

bei dem Bundesrat dahin zu wirken, daß derselbe dem Reichs tage möglichst bald einen Gesetzentwurf vorlegen möge, durch welchen der Bundesrat ermächtigt wird, nicht allein jedes unaufgefordert an das Publikum sich herandrängende **Anbieten und Anpreisen** durch Kataloge, Drucksachen, Hausieren usw., sondern auch das Feilhalten und den Vertrieb von **Gegenständen**, die zur **Beseitigung der Schwangerschaft oder zur Verhütung der Empfängnis** geeignet sind, zu beschränken oder zu untersagen, wie auch alle nur für das Laienpublikum bestimmten Schriften und Bücher, in welchen sich Beschreibungen und Besprechungen der antikonzeptionellen und zur Unterbrechung der Schwangerschaft geeigneten Methoden und Mittel finden, zu verbieten;"

„2. die Kgl. Staatsregierung zu ersuchen, für das Etatsjahr 1917 eine wesentliche Erhöhung des Titels 28 in Kap. 97a der dauernden Ausgaben (Unterstützung des **Bezirks-Hebammenwesens**) vorzunehmen."

Beim Extraordinarium erklärte der Ministerialdirektor bei Titel 28 (Krebsforschung), daß leider die **Krebsforschung**, wie auch andere große Aufgaben, durch den Krieg in Stillstand geraten sei, da der größte Teil der Forscher sich bei der Armee befinde.

Die Forderungen für das Medizinalwesen wurden im Ordinarium und Extraordinarium genehmigt.

B. Verhandlungen des Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat in seinen Sitzungen vom 24. und 25. Februar d. J.

Abg. v. der **Osten-Warnitz**, Berichterstatter (kons.), betont zunächst, daß in der Kommission von allen Seiten der Königlichen Staatsregierung bzw. der **Medizinalverwaltung** die **wärmste Anerkennung** ausgesprochen sei, namentlich mit Rücksicht darauf, daß sie es verstanden habe, im Verein mit der Kriegsverwaltung, die unsere Grenzen zum Teil sehr ernstlich bedrohenden Seuchen, Cholera, Fleckfieber, Ruhr und andere bis auf einzelne sporadische Fälle fernzuhalten. Es sei dieses ein Ruhmestitel für unsere preußische Medizinalverwaltung; die Kommission habe sich veranlaßt gesehen, ihr hierfür ihren wärmsten Dank und ihre lebhafteste Anerkennung auszusprechen.

Betreffs der mangelhaften **ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung** sei die Kommission zwar einstimmig der Meinung, daß unter allen Umständen die Militärverwaltung hier ein Vorrecht haben müsse; andernfalls scheine es aber doch eine Reihe von Aerzten in Militärkreisen zu geben, die nicht voll, vielfach nur sehr ungenügend beschäftigt seien. Die Kommission habe deshalb die Königliche Staatsregierung gebeten, durch Verhandlungen mit der Militärverwaltung diesen Notständen in geeigneter Weise entgegenzuwirken. Der Herr Minister habe zugesagt, diesen Wünschen nachzukommen.

In der Kommission sei auch die Frage des **Geburtenrückganges** gestreift, der sich mehr oder weniger in allen Kulturstaaten bemerkbar mache, auf allen möglichen Ursachen beruhe und geradezu als eine Kulturkrankheit bezeichnet werden müsse. Es wurde auch auf eine Anzahl von den verschiedensten Mitteln hingewiesen, die zur Bekämpfung des Uebels geeignet sein sollen, z. B. eine Sonderbesteuerung Lediger, Beschränkung der Testierfreiheit, geringere Besoldung kinderarmer oder kinderloser Beamter, größere Unterstützung kinderreicher Familien, sittliche und geistliche Einwirkung der Kirche und Belehrung der Frauen, Ermöglichung eines früheren Eingangs der Ehe durch die Beseitigung von Ehehindernissen, Unterbringung von kinderreichen Familien in Ein- oder Zweifamilienhäusern, Förderung der inneren Kolonisation sowie Verbot der Anwendung von Präventivmitteln, Unterdrückung von Veröffentlichungen aus dem Personenstandsregister, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, bessere Säuglings- und Kinderfürsorge.

Die Kommission sei einhellig der Ansicht, daß allen diesen Mitteln gewisse Bedenken gegenüberstehen, und daß jedes Mittel einzeln kaum geeignet sein würde, eine ernste Einwirkung auf diesem schwierigen Gebiet hervorzu-

rufen. Anderseits glaubte man aber doch, daß die Summe dieser Mittel bzw. ein System, das aus ihnen heraus erzeugt und angewendet würde, wenn es auch vielleicht erst nach Jahren voll zur Wirksamkeit komme, doch geeignet sein würde, dieser ernstesten Gefahr, die unser Volk zurzeit bedrohe, mit Erfolg entgegenzuarbeiten. Schließlich sei aus der Kommission der dem Hause vorliegende Antrag (s. vorher S. 116 und 117) gestellt und mit großer Mehrheit zur Annahme gelangt.

Redner hebt zum Schluß nochmals hervor, daß die Kommission einstimmig den Geburtenrückgang als eine ungemein wichtige innere Frage ansehe, die ein außerordentlich schwieriges Gebiet berühre, anderseits habe sie aber auch mit Dank anerkannt, daß man sowohl seitens der Wissenschaft draußen im Lande, wie namentlich auch durch eine intensive Vorarbeit in unserer preußischen Medizinalabteilung auf dem besten Wege sei, mit aller Energie diesem gefährlichen Uebel zu Leibe zu gehen. Man sei deshalb auch einhellig der Hoffnung, daß es der lebendigen Kraft, die in unserm deutschen Volke liege und die dies auch in dieser schweren Zeit wieder bewiesen habe, gelingen werde, das Uebel endgültig und siegreich zu bekämpfen und damit unser deutsches Volk auch wieder innerlich zu erneuern. (Bravo!)

Abg. Dr. **Mugdan** (fortschr. V.-P.) begrüßt mit Stolz die im jetzigen Kriege **erzielten Heilerfolge bei unseren Verwundeten,** die im Gegensatz zu unseren feindlichen Mächten, insbesondere zu Rußland, so groß seien, daß von 100 Lazarettinsassen höchstens zehn nicht voll wieder dienstfähig würden, und auch von diesen zehn im Laufe der Zeit ein großer Teil ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erhalten werde. Dieser Erfolg erklärt sich daraus, daß es unsere **Aerzteschaft** verstanden habe, alles, was sie vor dem Kriege gelernt habe, in dem Kriege zum besten unserer Verwundeten und Kranken zu verwenden. Weiterhin erstrecke sich die Arbeit unserer Aerzte nicht nur auf die Heilung der Verwundeten und Kranken, sondern vor allem auch auf die vorbeugende Behandlung der Krankheiten, die bei der Tätigkeit des Arztes fast dieselbe große Rolle spiele wie die Heilung. Auch da können wir mit großem Stolz auf unsere Erfolge zurückblicken. Früher waren bei jedem Kriege die trübste Begleiterscheinung die **Seuchen;** im Jahre 1870 sei der Verlust an Menschen durch ansteckende Krankheiten größer, als durch die feindlichen Geschosse gewesen. Daß es jetzt geglückt sei, uns dieser Krankheiten vollständig zu erwehren, das verdanken wir der Schulung der Aerzte und den Anstrengungen, die das Feldsanitätswesen gemeinsam mit unserer preußischen Medizinalverwaltung ergriffen hat, und zwar nicht nur ihrer Arbeit während des Krieges, sondern einer Arbeit, die auf eine weit längere Zeit, über ein Jahrzehnt, zurückgeht, und die ihre Krönung in den Seuchengesetzen, die wir in Deutschland und Preußen besitzen, findet. Der Krieg hat auf das glänzendste die Richtigkeit dieser Gesetzgebung bewiesen. Redner bittet den Vertreter der Medizinalverwaltung um nähere Mitteilung, in welcher Weise im vorigen Jahre die epidemischen Krankheiten, Flecktyphus, Cholera, Ruhr, Typhus, Pocken in unser Heimatgebiet gekommen sind, und auf welche Weise es gelungen ist, sie vollständig zu vereinzeln und zu verhindern, daß aus den Einzelfällen eine Epidemie in Deutschland entstand. Er frage das nicht aus einer gewissen Neugierde, sondern habe dabei den Wunsch, unseren Feinden auch die Hoffnung zu nehmen, daß sie wirklich eine Unterstützung in den Seuchen, die sonst die Begleiterscheinungen des Krieges sind, finden könnten. Vielleicht verstummen dann auch die Stimmen derjenigen, die die wissenschaftliche Medizin als größte Gefahr bezeichnen, die in ihrer durch Sachkenntnis nicht getrübten Ueberhebung die Zwangsimpfung einen Kindermord nennen, und die die großen wissenschaftlichen Forschungen eines Virchow, Koch, Behring und Ehrlich nicht genug bespötteln könnten und der Welt einreden wollten — und dabei unter sonst ganz vernünftigen Leuten sogar aufmerksame Zuhörer fanden —, daß die Ergebnisse aller dieser Forschungen zu einer Entkräftigung und Vergiftung unseres Volkes führen würden. Wenn auch der einzelne Arzt für das, was er, wie jeder in diesem Kriege draußen und in der Heimat geleistet hat, nicht irgendwelchen Dank verdient, da er nur seine Pflicht getan hat, so darf nach den Erfahrungen dieses Krieges der ärztliche Stand auch etwas mehr wirkliche Anerkennung verlangen, als ihm zuteil wird. Gewiß, man spricht jetzt von den Aerzten ganz gut, aber in allen

denjenigen Fällen, in denen der ärztliche Stand um Erfüllung der Wünsche, die er für dringend, nicht nur in seinem, sondern auch im allgemeinen Interesse, hält, kämpfen muß, sieht er leider auf der Seite seiner Gegner die buntscheckigsten Verbindungen aus sonst einander feindlichen Kreisen; man nimmt keinen Anstand über die Wünsche des ärztlichen Standes hinwegzugehen, und das tut man sogar in dieser Zeit, in der Tausende von Aerzten draußen im Felde stehen. Das ist schmerzlich, feststellen zu müssen. (Sehr richtig! bei der fortschrittl. Volksp.)

Das, was die Aerzte im Kriege erreicht haben, würden sie aber ohne die Unterstützung der ärztlichen Hilfspersonen nicht haben möglich machen können. In diesem Kriege hat sich auch die **Krankenpflege**, die wir in Deutschland haben, mag sie religiöser Natur sein oder mag sie die Krankenpflege nur aus wirtschaftlichen Gründen treiben, aufs allergroßartigste bewährt. (Sehr richtig! bei der fortschrittl. Volksp.) Wer Gelegenheit gehabt hat, die Krankenpflegepersonen hier in der Heimat und auch draußen im Felde bei der Arbeit zu sehen, wer beobachten konnte, wie sie sich unterstützen, wie sie nichts anderes kennen, als das Wohl der ihnen anvertrauten Kranken, der kann des Lobes über unsere Krankenpflege, und besonders über unsere Krankenschwestern, nicht genug sein. (Sehr richtig!) Ebenso wie so vielen anderen Ständen, die im Kriege ihre Pflicht getan haben, sollte deshalb in diesem Hause auch den Personen unserer Krankenpflege warmer Dank und volle Anerkennung ausgesprochen werden. (Bravo!) Leider wird die Versagung des **Koalitionsrechts den Krankenpflegepersonen** gegenüber — und das ist tief bedauerlich — selbst während der Kriegszeit ausgeübt, nicht von Stellen, über die der Herr Minister des Innern eine Gewalt hat, sondern von den Organen der Selbstverwaltung der Provinzen, die mehrfach den von ihnen angestellten Krankenpflegern zu deren großen Betrübnis, obwohl es sich nicht um sogenannte freie Gewerkschaften, sondern um christliche Gewerkschaften handelt, das Koalitionsrecht rundweg abgeschlagen haben. (Hört, hört! bei der fortschrittl. Volksp.) Man sollte doch schließlich in diesem Kriege gelernt haben, daß in der freien Betätigung unserer Vereinigungen zum Teil das Geheimnis unserer Erfolge beruht. Um was beneiden uns denn alle unsere Feinde? Um die Schulung und Disziplin, die diese Vereinigungen und Organisationen verbreiten. Wo würde denn dieses Zusammenwirken aller Kräfte möglich sein, wenn wir nicht diese Organisationen gehabt hätten, auch die Organisationen der Arbeitgeber. Aber gerade dieser Krieg hat ja gelehrt, daß solche freie Vereinigung von Menschen zu einem bestimmten Zweck auch für die Wohlfahrt des Staates sehr wichtig ist. Von einer Organisation der Krankenpflegepersonen können gewiß auch ihre Vorgesetzten lernen. Es ist eine Ueberhebung zu glauben, daß derjenige, der dient, der beamtet ist, nur zu gehorchen hat. (Sehr richtig! bei der fortschrittl. Volksp.) Deswegen sollte man endlich den Krankenpflegepersonen das Recht der Koalition in vollem Umfange einräumen; ihre bisherige Verweigerung ist ein doppeltes Unrecht, weil sie in diesem Kriege gezeigt haben, daß sie das höchste Vertrauen auch derjenigen verdienen, die ihre Vorgesetzten sind. (Bravo! bei der fortschrittl. Volksp.)

Noch ein anderer Stand ist es, der in diesem Kriege Hervorragendes geleistet hat, das sind die **Zahnärzte.** Die Zahnheilkunde hat in diesem Kriege Triumphe gefeiert wie nie zuvor, während sie im Jahre 1870 kaum eine Rolle gespielt hat. Ein großer Teil der vorübergehenden Dienstunfähigkeit wird durch Zahnkrankheiten hervorgerufen; man findet deshalb überall hinter der Front gut eingerichtete Institute zur Behandlung der Zahnkrankheiten, in denen Sprechstunden mit 100—200 Zahnkranken nicht zu den Seltenheiten gehören. Der gegenwärtige Leiter der Medizinalabteilung hat ja gerade in der Ausbildung der Zahnärzte sich außerordentlich große Verdienste erworben. Er ist es, der seit Jahren immer darauf hinweist, daß die Zahnpflege bei dem Menschen schon sehr früh anfangen muß; er ist es, der die Gründung der Schulzahnkliniken angeregt hat, und er ist jederzeit bereit gewesen, alles das zu fördern, was irgendwie zur Förderung der Zahnheilkunde notwendig ist. Ich glaube auch, daß der Krieg uns in dieser Beziehung Lehren an die Hand gibt. Er zeigt, daß für die Wehrhaftigkeit eines Heeres ein gut ausgebildeter Zahnarztstand unbedingt notwendig ist, und deswegen bedauere ich es, daß — nicht von dem Herrn Minister des Innern, aber von seinem Kollegen, dem Herrn

Minister für Handel und Gewerbe — die Zahnärzte gewissermaßen gleichgestellt werden mit den Zahntechnikern. Ich will kein Wort gegen diejenigen Zahntechniker sagen, die mit großer Mühe und mit großem Fleiß sich eine Kenntnis in der Zahntechnik und vielleicht auch in einigen Zahnkrankheiten angeeignet haben; ich leugne auch keinen Augenblick, daß zurzeit in Deutschland die Zahntechniker an einigen Orten gar nicht entbehrt werden können, weil Zahnärzte nicht da sind. (Sehr richtig!) Aber ebenso wie früher bei den Aerzten, so muß doch das Streben darauf hingehen, allmählich die zahnärztliche Behandlung der Bevölkerung durch Zahnärzte ausführen zu lassen. Es ist ganz falsch, wenn Krankenkassen aus finanziellen Gründen die Behandlung durch Zahntechniker vorziehen und alles mögliche tun, um die Behandlung durch Zahnärzte zu erschweren, und wenn der Herr Minister für Handel und Gewerbe sie darin sogar noch unterstützt. Die Tätigkeit der Aerzte und aller der Personen, die für die Sicherheit der öffentlichen Gesundheitspflege notwendig sind, wird in Zukunft weit größer sein, als sie bisher gewesen ist.

Die Frage des Geburtenrückganges kann nur einigermaßen gelöst werden, wenn man sie im Rahmen der gesamten öffentlichen Gesundheitspflege behandelt. (Sehr richtig! links.) Die Verluste des Krieges sind sicher groß; außerdem werden sicherlich Hunderttausende von unseren Kämpfern mit einer offenen oder mit einer schleichenden Krankheit zurückkommen. Wir werden deswegen alles aufbieten müssen, um unser Volk gesund zu erhalten, werden alles aufbieten müssen, um zu verhindern, daß die Volkskraft sinkt und auch die Zahl unserer Volksgenossen. Deswegen stimmen sämtliche Parteigenossen des Redners mit dem Herrn Berichterstatter durchaus überein, daß die Frage des Geburtenrückganges eine der wichtigsten ist, die uns gegenwärtig überhaupt beschäftigt, und daß wir alles tun müssen, um nach Möglichkeit den Schaden, der dadurch unserem Vaterlande entstehen kann, wieder wettzumachen. (Sehr richtig!)

Der Herr Berichterstatter hat die vielen Ursachen angeführt, die man im allgemeinen für den Geburtenrückgang anzuführen pflegt. Die Aerzte pflegen zu sagen, wenn man gegen eine Krankheit sehr viele Mittel zur Verfügung hat, dies im allgemeinen der Beweis sei, daß keines dieser Mittel sehr gut wirke. So ist es auch hier: keine der Ursachen ist, für sich allein betrachtet, die Ursache für den Geburtenrückgang; es gibt für ihn Gründe der materiellen Natur, es gibt Gründe, die mehr auf idealem Gebiete liegen. Nur eins kann man sagen, daß es nach den Erfahrungen und nach den übereinstimmenden Zeugnissen sachverständiger Aerzte nicht richtig ist, den Geburtenrückgang etwa auf eine Entkräftigung unseres Volkes zurückzuführen. Es ist auch nicht etwa eine Herabsetzung der Gebärfähigkeit unserer Frauen, die zum Geburtenrückgang geführt hat. Daß der von der Kommission angenommene Antrag allzuviel nutzen wird, glaubt Redner nicht. Das Verbot dieser Dinge hat, das lehrt die Erfahrung, nicht allzuviel Wort; ein solcher Gesetzentwurf ist auch schon dem Reichstage vorgelegt, hier aber nicht zur Verabschiedung gelangt. Die Absichten dieses Antrages werden von der Gesamtheit der fortschrittlichen Volkspartei voll anerkannt und voll unterstützt. Es ist auch ihre Ansicht, daß mit dem Hausieren, mit dem Feilbieten, mit dem Anbieten dieser Gegenstände ein ungeheurer Unfug heute getrieben wird. (Sehr richig!) Wir würden uns alle außerordentlich freuen, wenn mit Hilfe der Gesetzgebung diesem Unfug gesteuert werden könnte. (Sehr richtig!) Wir wissen auch genau, daß tatsächlich Bücher und Schriften erscheinen, die unter einer wissenschaftlichen oder volksfreundlichen Maske, nur darauf berechnet sind, in dieser Beziehung recht schlechte Lehren zu geben. (Sehr wahr!) Aus diesem Grunde hat die Partei des Redners versucht, die größten Fehler des Antrages der Kommission etwas zu verbessern und hat einen Antrag vorgelegt, der im Sinne ziemlich dasselbe will, wie der Antrag der Kommission, der aber unserer Ueberzeugung nach sicherer und besser ist als dieser.

Zur Bekämpfung des Geburtenrückgangs ist vor allem eine Verbesserung unserer allgemeinen Volksbedingungen notwendig; aber selbst wenn diese Bedingungen erfüllt sind, erscheint es noch immer zweifelhaft, ob wir in den nächsten Jahren nach dem Kriege in der Zahl der Geburten einen so großen Fortschritt erwarten dürfen, wie wir alle wünschen. Es liegen da auch Verhältnisse vor, über die man vielleicht am allerbesten

auch jetzt nicht spricht, die mit den Verlusten zusammenhängen, die wir in diesem Kriege erlitten haben. Redner gehört nicht zu denjenigen Leuten, die in der Frage des Geburtenrückgangs vollständig schwarz sehen; er hat auch die Hoffnung, daß hier etwas erreicht werde, aber nicht die Sicherheit, daß dies geschieht. Da es in erster Linie darauf ankommt, unsere Volkskraft zu erhalten und zu verhindern, daß unser Volk abnimmt und schwächer wird, deswegen glauben seine Parteigenossen, daß es an der Zeit ist, alles das zu tun, was nach Möglichkeit unsere Sterblichkeitsziffer herabsetzt und vor allem unsere **Säuglingssterblichkeit** beschränkt, (sehr richtig!) weil, wenn es uns gelingt, nur die Säuglingssterblichkeit sehr herabzudrücken, ein Geburtenrückgang für unser Vaterland nicht mehr die schweren Folgen hat, die er gegenwärtig hat, wo wir in der Säuglingssterblichkeit leider mit an einem der ersten Plätze rangieren.

Aus dieser Ueberlegung sind die Anträge der Partei des Redners entstanden, die sich auf die Frage des **Haltekinderwesens und auf die Säuglingsfürsorge** beziehen. Nach dem Kriege ist der Wert des einzelnen Menschen für unser Volk ungleich höher als vorher. Wir müssen wegen der Verluste, die der Krieg uns gebracht hat, jeden, also auch den allerschwächsten Menschen, pflegen und versuchen, ihn zu einem vollkräftigen Bürger heranzuziehen. Die Säuglingssterblichkeit ist doch zu einem sehr großen Teil eine Folge schlechter sozialer Verhältnisse, man muß es eingestehen, daß die Säuglinge der reichen und wohlhabenden Familien sicher nicht in großer Zahl dahingerafft werden, wie die Kinder des Proletariers; deswegen ist es unbedingt notwendig, daß man denjenigen Personen, die eben nicht die Mittel dazu haben, um auch kranke Säuglinge durch das Leben zu bringen, durch Veranstaltungen die Möglichkeit dazu bietet. (Sehr richtig!) Dies scheint durch die Errichtung von **Säuglingsfürsorgestellen** zu geschehen, in denen die Mütter nicht nur eine Behandlung der Säuglinge erhalten, in denen sie auch Ratschläge für eine bessere Versorgung der Säuglinge bekommen, in denen — das ist in vielen Städten der Fall — eine Verbindung mit Milchstellen hergestellt wird, wo man der Mutter auch gleich Milch und andere für den Säugling, wenn er älter ist, passende Nahrung verabreichen kann. Redner glaubt, daß die Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen nach dem Kriege bei unseren Gemeinden, sowohl den städtischen als auch den ländlichen, allgemein werden wird und allgemein werden muß. Und da — das haben wir ja auch in diesen Debatten kennen gelernt — die Finanzkraft unserer Gemeinden nach dem Kriege höchst angespannt sein wird, so ist es Pflicht des Staates, hier einzuspringen. (Sehr richtig! bei der fortschrittl. Volksp.) Mit Worten werden Sie weder die Säuglingssterblichkeit herunterdrücken, noch werden Sie den Geburtenrückgang beseitigen. Trotz der finanziellen Schwierigkeiten, in die vielleicht unser Staat durch diesen Krieg kommen wird, sei seine Partei einstimmig der Ansicht, daß die Mittel, die der Medizinalverwaltung zum Nutzen des allgemeinen Volkswohles bereitgestellt werden sollen, weit größer sein müssen, als es gegenwärtig der Fall ist. (Sehr richtig! bei der fortschrittl. Volksp.) Hier kommt es in der Tat auf Millionen nicht an; diese Millionen verzinsen sich wirklich! Und da wir doch alle wissen, daß uns auch in Zukunft kein ruhiger Frieden beschert sein wird, sondern daß der Frieden, den wir alle ersehnen, in den nächsten Jahren leider ein bewaffneter Frieden sein wird, so müssen wir auch schon mit Rücksicht auf unsere Wehrkraft alles tun, was geeignet ist, unsere Jugend zu ertüchtigen und wehrhaft zu machen. (Sehr richtig! bei der fortschr. Volksp.) Dazu dient eine bessere Versorgung der Säuglinge, dazu dient auch der Antrag, den wir in bezug auf das **Haltekinderwesen** gestellt haben. Denn wenn schon die Kinder der Armen und Aermsten als Säuglinge großen Gefahren ausgesetzt sind, so weiß jeder, daß uneheliche Kinder, die irgendeiner Ziehmutter übergeben sind, sehr häufig damit einfach dem Tode geweiht werden. (Rufe: Leider!) Das Haltekinderwesen ist in Deutschland außerordentlich verbesserungsbedürftig. Das Gewerbe der Ziehmütter ist ja ausdrücklich aus der Gewerbeordnung herausgenommen; das Haltekinderwesen wird durch Polizeiverordnungen geregelt, die mehr oder weniger gut sind. Das, was wir brauchen, ist eine reichsgesetzliche Regelung, die es den einzelnen Regierungen erlaubt, die Ziehmütter auf

das sorgsamste zu überwachen und zu verhindern, daß Personen, die dieses Gewerbe betreiben, es nur betreiben wollen, um, wie man sagt, möglichst viel Engel zu machen. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei und bei den Freikonservativen). Der Staat muß darauf sehen, daß auch diese unehelichen Kinder uns erhalten bleiben; denn wir brauchen jetzt alle Menschen, und jeder Volksgenosse ist für unseren Staat sehr viel wert. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) In der ausgezeichneten Denkschrift, die von einem Herrn der Medizinalabteilung über den Geburtenrückgang geschrieben worden ist, ist ja auch darauf hingewiesen worden, daß nicht allein mit einer Verbesserung des Haltekinderwesens alles getan ist, sondern daß überhaupt die Lage der unehelichen Kinder verbessert werden muß.

Das Wichtigste scheint dem Redner und seinen politischen Freunden ein ständiger **Mutter- und Säuglingsschutz.** Die Säuglingsfürsorgestellen allein genügen in der Beziehung noch nicht. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die den Mutter- und Säuglingsschutz betreffen, sind leider keine Mußbestimmungen, sondern nur fakultativ gestaltet; deshalb wollten wir und auch die Sozialdemokraten bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung eine Aenderung in dem Sinne, daß Mutter- und Säuglingsschutz durch die Reichsversicherungsordnung sicher gestellt worden wäre. Die Mehrheitsparteien des Reichstags haben das abgelehnt, selbstverständlich nicht etwa, weil sie weniger warm für die Mütter und die Kinder empfinden als wir, sondern immer aus den alten Gründen finanzieller Natur. Auch die Herren der Regierung sagten uns: das kostet zuviel Geld! M. H., im Kriege sollen wir ja alle umlernen. Wir wollen nicht nur unsere Politik neu orientieren — darüber haben wir ja erst vorhin ausführlich gesprochen —, sondern wir müssen auch in dem Begriff umlernen, was finanziell notwendig ist und was finanziell verworfen werden muß. Es ist unmöglich, daß wir jahraus jahrein diese Debatten bei der Medizinalabteilung führen, wenn wir nicht bereit sind, für diesen Krieg, wie schon gesagt, das Geld bereitzustellen, das wir brauchen. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei). Ich glaube, daß man die Einwände, die man uns bei der Reichsversicherungsordnung im Jahre 1911 gemacht hat, voraussichtlich jetzt nicht mehr machen wird. Damals ist es aus finanziellen Gründen durchgesetzt, daß bei den Landkrankenkassen die Wochenunterstützung nicht einmal auf dieselbe Zeit gegeben wird, wie bei den übrigen Kassen, und daß auf diese Weise für die Wöchnerinnen der ländlichen Bevölkerung nun weit schlechter gesorgt ist als für die Wöchnerinnen aus dem städtischen Arbeiterstande. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) Erfreulicherweise hat jetzt der Krieg mit einem Schlage unsere Wünsche erfüllt. In drei Verordnungen des Bundesrats ist alles das in der **Reichswochenhilfe** geschenkt, was wir so lange Jahre erstrebt haben. Genau so, wie der Krieg uns, ich möchte sagen, in einer Nacht von der Nachtarbeit in den Bäckereien befreit hat, genau so, wie er uns in einem Tage von der Anwendung des Bleiweißes bei den Malern und der anderen Gewerbe befreit hat, so hat er uns auch den Mutter- und Säuglingsschutz geschenkt, und es ist unmöglich, uns das, was uns der Krieg in dieser Beziehung gegeben hat, nach dem Kriege wiederzunehmen. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) Wir werden die Reichswochenhilfe nach dem Kriege unbedingt erhalten müssen; es erscheint dazu am allerbesten, die Vorschriften der Reichswochenhilfe in die Reichsversicherungsordnung hineinzuarbeiten und alle die Leistungen, — von ihnen haben wir jetzt schon das Wochengeld — den Entbindungsbeitrag, die Kosten für die Behandlung der Schwangeren durch Arzt und Hebamme und das Stillgeld —, als Regelleistungen in die Reichsversicherungsordnung aufzunehmen. Das kostet natürlich sehr viel Geld, und wahrscheinlich werden auch viele sagen, daß das die Krankenkassen, die ja möglicherweise nach dem Kriege auch kein sehr leichtes Leben haben werden, gar nicht ertragen können. Redner ist auch der Ueberzeugung, daß die Ausgaben für den Mutter- und Säuglingsschutz den Krankenkassen allein nicht aufgebürdet werden können; denn es sind Ausgaben für die Allgemeinheit, und dieser liegt die Verpflichtung auf, die Mittel für diese Ausgaben bereitzustellen. Er hegt auch nicht die geringste Scheu davor, hier zu ver-

langen, daß nach Beendigung des Krieges das Reich für die Reichswochenhilfe den Krankenkassen einen Zuschuß gewährt, genau so wie bei der Invalidenversicherung. Da niemand zweifelt, daß dieser Mutter- und Säuglingsschutz in der heutigen Zeit eine unbedingte Notwendigkeit ist, so stehe zu hoffen, daß Reichstag und Bundesrat sich zu diesen Unterstützungen verstehen werden.

Wir dürfen auch nicht länger warten, um im Interesse unserer Volksgesundheit unser **Wohnungswesen** zu verbessern, was am besten durch ein Reichsgesetz geschieht. Wenn wir aber ein solches nicht bekommen können, müssen wir auch mit einem Landesgesetz zufrieden sein. Aber auch hier darf man nicht länger warten; denn es ist kein Zweifel, daß in manchen Städten recht ungesunde Wohnungen vorkommen, die jeder Hygiene widersprechen. Man wird sogar weiter gehen müssen und sich nicht damit begnügen, Gesetze zu machen, in denen der Bevölkerung gesunde Wohnungen gesichert werden, sondern man muß auch nach Mitteln und Wegen suchen, daß die unbemittelten Personen in der Lage sind, gesunde Wohnungen mieten zu können. Gewiß, in diesem Zusammenhange spielt auch die Frage der inneren Kolonisation eine gewisse Rolle. Alles das, was unsere Bevölkerung in die Lage versetzt, gut, d. h. gesundheitlich zu wohnen, verstärkt unsere Volkskraft, und deshalb müssen wir alles das unterstützen.

Der Krieg hat gezeigt, daß unsere sozialpolitischen Anstalten es sind, die am allermeisten zur Kräftigung unseres Volkes beigetragen haben, daß gerade unsere Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung in diesem Kriege glänzend ihre Feuerproben bestanden haben (Sehr richtig! links) und uns vor vielen Uebeln bewahrt haben, die wir sonst sicher gehabt hätten. (Sehr richtig.) Aber neben dieser sozialpolitischen Versicherung brauchen wir auch einen **gründlichen Ausbau unserer Arbeiterschutzgesetzgebung.** Es ist keine Frage, daß z. B. unter Umständen die große Beschäftigung, die in diesem Kriege den Frauen obliegt, ungünstig wirken kann; es ist sehr leicht möglich, daß gerade die Beschäftigung unserer Frauenwelt eine Ursache sein kann, daß nach dem Kriege die Geburten nicht zunehmen. Wir müssen in Zukunft jede Frage unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitspflege beurteilen. Bei der Frage der Frauenarbeit, bei der Frage der Kinderarbeit, bei der Frage des Wohnungswesens und bei allen Fragen der Arbeiterschutzbestimmungen müssen wir uns fragen: wie wirkt es auf die Gesundheit des einzelnen und auf die Kraft unseres gesamten Volkes ein? Es gab eine Zeit, in der die Geschäfte der Völker ausschließlich von gelehrten Theologen geführt wurden; dann kam die Zeit, wo die Juristen maßgebend waren, und in dieser Zeit leben wir noch heute. Ich glaube, in der Zukunft werden die Herren Juristen einen großen Teil ihrer Funktionen an Techniker und Aerzte abgeben müssen. (Sehr richtig!) Die Zukunft wird uns große Aufgaben bringen; aber unser deutsches Volk wird diese Aufgabe auch erfüllen. Aus den Millionen von Opfern, die dieser Krieg uns gebracht hat, aus dem Tode, der uns überall entgegenstarrt, wird neues Leben erblühen, ein Leben, das die Zukunft unseres Vaterlandes so glänzend erstrahlen lassen wird, wie wir alle es wünschen. Seien Sie überzeugt, daß die Aerzte und ihre Helfer alles tun werden, um die Volkskraft unseres Vaterlandes zu heben und zu stärken. (Lebhafter Beifall.)

Abg. Frhr. **Schenk zu Schweinsberg** (kons.) schließt sich den Worten des Lobes, die der Herr Vorredner für das Sanitätskorps ausgesprochen hat, im Namen seiner politischen Freunde vollständig an. Auch wir sprechen unseren Aerzten draußen im Felde und denen, die in der Heimat zurückgeblieben sind, den Dank aus für alles das, was sie im Dienste des Vaterlandes geleistet haben. Dieser Dank sollte aber seitens der Militärverwaltung anerkannt werden und insbesondere durch eine entsprechende äußere Anerkennung der Unterärzte, die sich in den Dienst des Vaterlandes unter Hintansetzen ihrer Studien und ihres persönlichen Interesses gestellt haben, zum Ausdruck kommen. Es mag dies gewiß ein recht schwieriges Gebiet sein, aber hoffentlich findet diese Bitte bei dem Herrn Minister eine wohlwollende Aufnahme.

Ein sehr schweres Kapitel sei auch die **richtige Verteilung der Aerzte im Heimatlande.** Jetzt, wo fast der größte Teil unserer Aerzte zur Front einberufen sei, mache sich der Mangel an Aerzten im Heimatlande mitunter recht bedenklich geltend, deshalb solle unsere Staatsverwaltung Hand in Hand mit

unserer Heeresverwaltung versuchen, diesem Mangel abzuhelfen. Namentlich sollte man den Krankenanstalten gegenüber in bezug auf die Einberufung ihrer leitenden Aerzte etwas mehr entgegenkommen, da sie doch nicht bloß dazu berufen sind, den Zivilkranken Rettung und Heilung zu bringen, sondern sich auch voll und ganz in den Dienst des Heeres gestellt haben. Redner bittet weiter, den Wünschen der Vorstände unserer Mutterhäuser in bezug auf ihre Verbindung mit den in der Front und den hinter der Front stehenden Schwestern mehr entgegenzukommen. Er kommt dann zu den von der Kommission und von anderer Seite gestellten Anträgen zu sprechen und erklärt namens seiner Partei deren Zustimmung zu dem Antrag der Kommission betreffs Bekämpfung des Geburtenrückganges, während sie die von der fortschrittlichen Volkspartei dafür beantragte Fassung ablehne. Auch mit einer gesetzlichen Regelung des Haltekinderwesens sei sie einverstanden, jedoch bleibe diese besser der Landesgesetzgebung überlassen, während sie der reichsgesetzlichen Regelung des Wohnungswesens zustimme. Der Antrag auf Einstellung einer ausreichenden Summe zur Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen, um den Gemeinden daraus nach ihrer Leistungsfähigkeit Beihilfen zu gewähren, bittet er, dem Staatshaushaltsausschuß zu überweisen, ebenso wie den Antrag auf Abänderung der Reichsversicherungsordnung zur Erzielung eines ständigen Mutter- und Säuglingsschutzes.

Die lange Zeit des Friedens und der Wohlstand, dessen sich unser Volk erfreut hat, haben dazu beigetragen, im Volke eine gewisse Erschlaffung der sittlichen Grundsätze zu bewirken, die im Interesse des Vaterlandes aufs höchste bedauert werden muß. Wenn wir hören, daß in einzelnen Städten, z. B. Charlottenburg und in anderen Städten gleicher Größe, die Zustände derartig geworden sind, daß sie, was den Geburtenrückgang anbetrifft, sich kaum noch von den Großstädten des französischen Nachbarlandes unterscheiden, so gibt uns dies zu denken, es muß deshalb die Aufgabe der Staatsregierung wie aller Vaterlandsfreunde sein, dem sehr bedenklichen Geburtenrückgang nach Möglichkeit entgegenzutreten; denn unsere Volkswirte haben klar erkennen lassen, daß in dem Geburtsüberschuß die Wurzeln unserer Kraft liegen. Die bedauerlichste Ursache des Geburtenrückganges sei jedenfalls die große Zunahme der Abtreibungen, die nach der Mitteilung des Referenten in der Kommission in einem Jahre die Rekordziffer von mehreren hunderttausend erreicht habe. Die Kommission sei darüber mit Recht entsetzt gewesen und habe darin deutlich den Stempel des Niederganges gesehen. Hoffentlich werde sich infolge des Krieges unser Volk auf sich selbst und auf seinen Gott besinnen, (Bravo!) um diesen Unwesen entgegenzutreten; denn, wenn eine solche gewaltige Zahl zur Kenntnis der Behörden gekommen ist, wie groß muß dann die Zahl der nicht erfaßten heimlichen Sünden gewesen sein, die auch auf diesem Gebiete liegen. M. H., damit opfern wir, opfert unser Volk dem Moloch viele Blüten seiner Jugendkraft. Wenn ein Volk nicht imstande ist, das keimende Leben zu schützen, sondern das keimende Leben in solcher gewaltigen Zahl der Vernichtung preisgibt, dann kann es die Rolle unter den Staaten der Welt auf die Dauer nicht mehr behaupten, die wir für Deutschland in Anspruch nehmen und in Anspruch nehmen müssen. (Sehr richtig!) Wenn der Todesengel durch die Reihen unserer Krieger geht, wenn Gott von uns das Opfer einer halben Million junger Söhne unseres Vaterlandas fordert, dann steht dies in gar keinem Verhältnis zu den Opfern, die das deutsche Vaterland seiner Lust oder vielleicht richtiger der Unlust seiner Frauen bringt, die nicht den Mut oder die Kraft haben, die Folgen einer Schwangerschaft auf sich zu nehmen, nicht austragen wollen, was Gott in ihrem Schoße werden läßt, nicht zu voller Erscheinung ausreifen lassen, was ihren Segen und den Segen des Vaterlandes darstellt (Bravo! rechts).

Der Geburtenrückgang ist nach Ansicht des Redners nicht als eine Kulturkrankheit, oder als Begleiterscheinung alternder Nationen aufzufassen, die nun einmal mit einem ausgebildeten Völkerleben verbunden sei und bei einer Weltwirtschaft nicht anders erwartet werden könne. Mit solchen Anschauungen wird die Heilung der Sünden unseres Volkes nicht gefördert. Dazu bedarf es vielmehr einer sittlichen Erneuerung unseres Volkes; nicht in leichtsinnigem Weiterleben, sondern in Erkenntnis des Segens, der schon im alten

Bunde als Gottes Segen erkannt worden ist, können die Verluste wieder ersetzt werden; denn ein kinderreiches Haus sei ein besonders gesegnetes. In der unausgesetzten Arbeit und Tätigkeit liegt das große Heilmittel, an dem unser Volk gesunden kann und gesunden wird, es mag Lasten auf sich nehmen, die so schwer sein mögen, wie sie wollen. Mit der Arbeit allein ist es aber nicht getan. Will unser Volk gesunden, dann muß es sich klar machen, daß sechs Tage zur Arbeit da sind, aber der siebente Tag zum Verkehr mit seinem Gott. (Sehr richtig! rechts.) Mit Geld heilen wir die Sünden des Vaterlandes nicht. (Sehr wahr! rechts.) Nur in der Hingabe an die Arbeit an seiner Seele und in der Hingabe der Körperkräfte zu treuer Arbeit, zu treuer Pflichterfüllung liegt das Bad der Wiedergeburt! In das muß unser Volk hinein, und dann kann es den großen Aufgaben gerecht werden, die die Zukunft für es aufgehoben haben. (Bravo! rechts). Der deutschgesinnte Engländer Houston Stewart Chamberlain sagt in der „Täglichen Rundschau“: „Wenn Deutschland sich nicht bewußt ist, von Gott eine Weltmission überkommen zu haben, wenn Deutschland so wenig Vertrauen auf die unüberwindliche Macht seiner Organisations- und Leistungsfähigkeit setzt, wenn es sich nicht getraut, mehr und anders zu leisten, als das kleine, weltbeherrschende Inselvölkchen geleistet hat, ... da freilich ist nichts zu wollen, nichts zu hoffen, und es war eine verbrecherische Torheit, den Krieg aufzunehmen, anstatt sich von vornherein den ‚Weltmächten‘ England und Rußland gehorsam unterzuordnen.“ In diesen Worten steckt eine große und tiefe Weisheit. Aber wir haben die Kraft, wir haben das Gottvertrauen, und wir haben das feste Vertrauen in die Organisation unseres ganzen Volkes, das Vertrauen, daß es nicht nur die Folgen dieses Krieges, daß es nicht nur unsere äußere Feinde überwinden, sondern in Kraft seiner sittlichen Stärke auch den furchtbaren Feind, der in seinem Innern wütet, niederringen wird, und zwar dann, wenn es scharf und klar der Sünde ins Gesicht sieht und die Sünde als Sünde bezeichnet und ihr kein Mäntelchen umhängt. Deswegen sind meine politischen Freunde auch gern damit einverstanden, daß der **Mutter- und Kinderschutz** im Rahmen der bestehenden Ordnung noch weiter ausgebaut werden muß. Deswegen möchte ich damit schließen: solange unser Volk bei seinem Gott bleibt, so lange wird es auch von ihm nicht verlassen werden; er wird ihm die Kräfte verleihen, die notwendig sind, um alle äußeren und inneren Feinde niederzuringen! (Lebhafter Beifall rechts).

Minister des Innern **v. Loebell:** Meine Herren! Der Herr Vorredner hat im Eingange seiner Ausführungen einige Wünsche in bezug auf das Sanitätswesen ausgesprochen. Hierauf im einzelnen zu antworten, wird der Herr Ministerialdirektor übernehmen. Ich möchte aus diesen Wünschen nur einen herausgreifen. Er hat sich darüber beklagt, daß hinsichtlich der Aerzte keine richtige Verteilung im Lande stattfinde. Ich kann ihm vollständig recht darin geben, daß die **ärztliche Versorgung** jetzt bei uns im Inlande vielfach recht zu wünschen übrig läßt. Es liegt das natürlich einmal begründet in unseren Verhältnissen, dem großen Bedarf der Heeresverwaltung. Aber, meine Herren, ich glaube, daß doch in vieler Beziehung noch Abhilfe geschafft werden kann. Ich bin überzeugt, daß auch die Militärverwaltung die volle Absicht hat, uns zu helfen. Ich habe mich immer in Fühlung mit der Militärverwaltung gehalten, und wo berechtigte Klagen an mich herangekommen sind, habe ich versucht, ihnen abzuhelfen. Ich werde darin auch weiter bemüht sein und hoffe, daß es uns jetzt gelingen wird, wenigstens die größten Notstände auf diesem Gebiete zu beseitigen.

Der Herr Abg. Dr. Mugdan hat gestern im Eingange seiner Ausführungen mit Stolz darauf hingewiesen, daß selbst nach ausländischen Zeitungen der Prozentsatz, in dem unsere verwundeten Soldaten wieder vollkommene Dienstfähigkeit erlangen, sehr hoch ist. Er hat nach einer russischen Zeitschrift mitgeteilt, daß es uns gelingt, 80 % der verwundeten Soldaten vollständig zu heilen. Mit Recht hat er, glaube ich, hervorgehoben, daß dieser Prozentsatz keinesfalls zu hoch, wahrscheinlich noch zu niedrig angegeben ist. Dabei hat Herr Dr. Mugdan ebenso wie der Herr Berichterstatter und der Herr Vorredner volle Anerkennung den Leistungen der Militärmedizinalverwaltung und der Medizinalverwaltung des Innern gezollt; er hat der gesamten Aerzteschaft volles Lob gespendet. Ich kann mich diesem Lob nur von ganzem

Herzen anschließen: es ist wohl verdient. Ich kann aber auch die Anerkennung, die der Medizinalverwaltung meines Ministeriums gezollt ist, hier annehmen; denn sie gilt meinen Mitarbeitern, die sie nach meiner Ueberzeugung auch voll verdient haben.

Dann ist von Herrn Dr. Mugdan auch auf die großen Erfolge in der **Seuchenbekämpfung** während dieses Krieges hingewiesen worden. Hierüber wird Ihnen auch der Herr Ministerialdirektor noch nähere Angaben machen; Sie werden Zahlen hören, die uns alle mit Freude erfüllen können. Hier ist vor dem Kriege schon sehr eifrig und planmäßig vorgearbeitet worden, und die Ausführung der Bekämpfungsmaßregeln ist sofort nach Ausbruch des Krieges tatkräftig in die Hand genommen worden, und zwar mit sehr erfreulichem Erfolge.

Auch den Dank für das Krankenpflegepersonal, dem Herr Dr. Mugdan Ausdruck gegeben hat, schließe ich mich vollständig an, auch er ist wohl verdient.

M. H., ich wende mich, ich kann wohl sagen, der Frage des Tages zu, die von dem Herrn Vorredner mit tiefem sittlichen Ernst behandelt worden ist, mit einer so warmen Ueberzeugungstreue, daß es jeden, glaube ich, der es gehört hat, mit Bewunderung, ja mit einer gewissen Begeisterung erfüllt hat. Sie haben von dem Herrn Berichterstatter gehört, daß die Frage des **Geburtenrückgangs** auch in der Kommission eine eingehende Würdigung gefunden hat, und diese Würdigung verdient sie in vollstem Maße. Es ist eine der wichtigsten und für unser Vaterland bedeutungsvollsten Fragen, es ist, wie auch in der Kommission richtig gesagt worden ist, die Frage der Zukunft. Die Zeichen sind ernst, die Zahlen sprechen für sich. Wir können an diesen Zahlen nicht vorbeigehen, und jeder, der sein Vaterland liebt, muß die Frage schwer ernst nehmen. Ich will Ihnen absichtlich auch hier kein großes Zahlenmaterial mitteilen; auf Einzelheiten wird der Herr Referent meiner Medizinalabteilung noch näher eingehen. Hinweisen will ich nur darauf, daß wir im Jahre 1876 den Höchstand der Geburtenziffer erreicht hatten, und zwar 40,9 % Lebendgeburten auf 1000 Einwohner. Dieser Prozentsatz ist bis zum Jahre 1912 auf 28,2 herabgegangen, und vom Jahre 1901 an finden wir tatsächlich ein beinahe rapides Sinken der Geburtenziffer.

Um aber unsern Feinden nicht zu ermöglichen, hieraus etwa Schlüsse zu ziehen auf ein Sinken unserer Volkskraft im allgemeinen, auf ein Sinken unserer Schlagfertigkeit, möchte ich gleich darauf hinweisen, daß in Frankreich schon im Jahre 1910 nur 19,6, in Belgien 23,8, in Großbritannien 25 Geburten auf 1000 Einwohner entfielen, während Deutschland damals noch 30,7 Geburten auf 1000 Einwohner aufwies. Es ist weiter ein sehr erfreulicher Umstand, daß die Sterblichkeitsziffer in Deutschland immer günstiger geworden ist, und daß wir hinsichtlich des Ueberschusses der Geburten über die Sterbefälle immer noch sehr günstig dastehen. Auch in dieser Beziehung nur einige Zahlen! Im Jahre 1910 betrug der Ueberschuß der Geburten über die Sterbefälle auf 1000 Einwohner in Frankreich 1,6, in Spanien 5,6, in Belgien 9,4, in der Schweiz 10, in Oesterreich 11,3, in Großbritannien 11,6, in Norwegen 12,6, in Italien 13,3, in Rußland 13,4, in Rumänien 13,6, in Deutschland 13,6 und in den Niederlanden 15,1. Unter 12 Staaten steht also Deutschland hier an elfter Stelle. Gleich günstig ist der Ueberschuß der Geburten über die Sterbefälle nur in Rumänien, und allein die Niederlande zeigen eine günstigere Ziffer.

M. H., in diesem Kriege wird uns also — auch das möchte ich unseren Feinden zurufen — der Rückgang der Geburten noch nicht schaden, und bis zum nächsten Kriege, den Gott hoffentlich uns lange fernhalten wird, werden wir auch diesen gefahrdrohenden Rückgang der Geburten sicher überwinden, wenn nur alle Faktoren, die dazu berufen sind, mithelfen, mit der Regierung Hand in Hand sich an dem Kampfe beteiligen.

Die Staatsregierung hat diesen wichtigen Problemen selbstverständlich schon seit längerer Zeit volle Beachtung gezollt. Auf Grund eines umfassenden Gutachtens der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen sind 1912 die Oberpräsidenten, die Regierungspräsidenten, die Aerztekammern, die Provinzial-Medizinalkollegien zu eingehenden Ermittelungen und Berichten über die Ursachen des Geburtenrückganges aufgefordert worden. Diese Berichte haben ein reiches Material ergeben, das in meinem Ministerium von Geh. Ober-

medizinalrat Dr. Krohne verarbeitet und mit allen Unterlagen zusammengestellt worden ist, die wir sonst noch reichhaltig zur Verfügung hatten. In dieser Denkschrift sind alle Mittel erörtert, die in Wissenschaft und Praxis bisher zur Bekämpfung des Geburtenrückganges vorgeschlagen worden sind. Auf Grund der Denkschrift finden seit Monaten in meinem Ministerium eingehende Beratungen statt, an denen die Vertreter aller preußischen Ressorts und eine große Anzahl sachverständiger Männer der Wissenschaft, der Praxis, des öffentlichen Lebens, auch Reichstags- und Landtagsabgeordnete teilnehmen.

In diesen Verhandlungen ist es klar geworden, daß sehr ernste Schwierigkeiten einer vollständigen Lösung des Problems sicherlich entgegenstehen, aber die Staatsregierung sieht ein, daß es sich hier für unser Volk um eine Lebensfrage ersten Ranges handelt, eine Frage, die auch in diesem erschütternden Weltkriege, in dem wir Tausende blühender, kräftiger Männer verlieren, eine ganz besondere Bedeutung für die Zukunft unseres Vaterlandes behält. In den Beratungen in meinem Ministerium werden alle wirtschaftlichen und sozialen Maßnahmen erörtert werden, die in Frage kommen, um dem Uebel zu steuern. Es werden die Maßnahmen besprochen gegen den bedenklichen Vertrieb empfängnisverhütender Mittel, gegen die gefährliche Zunahme der Abtreibungen, auf die der Herr Vorredner mit Recht so eindringlich hingewiesen hat, alle gesundheitshygienischen Maßnahmen, Maßnahmen gegen die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, zur Verbesserung des Säuglings- und Mutterschutzes, des Hebammenwesens, kurz, alle Fragen, die hier hinein gehören.

Auf diesem Boden bewegen sich auch die vorliegenden Anträge. Einmal der Antrag der verstärkten Staatshaushaltskommission auf Drucksache Nr. 89, der auf Vorschlag des Herrn Abg. Dr. Faßbender in der Kommission beschlossen worden ist. Dieser Antrag entspricht einem Initiativantrage, der den Reichstag in der Session 1912 beschäftigte und dort schon zu eingehenden Verhandlungen geführt hat. Der Antrag soll durch den von den Herren Abgg. Aronsohn und Genossen auf Drucksache Nr. 114 gestellten Antrag abgeändert werden. Ich nehme an, daß nachher eine Beschlußfassung über diese Anträge herbeigeführt werden wird. Sie können versichert sein, m. H., daß diese Anträge, ebenso wie die Anträge Nr. 106/09, eingehende Würdigung bei der Staatsregierung finden werden. Die Anträge auf Drucksache Nr. 106/09 werden ja wohl zum größten Teile der Kommission überwiesen werden und dort eine eingehende Erörterung erfahren. Ich möchte erklären, daß ich in erster Linie die Regelung des Haltekinderwesens und ebenso die Regelung des Wohnungswesens durch Landesgesetzgebung für erforderlich halte. Einer reichsgesetzlichen Regelung des Wohnungswesens hat mein Ministerium und auch die Königliche Staatsregierung widersprochen; wir haben Ihnen schon vor längerer Zeit eine Vorlage für Preußen zugehen lassen. Hoffentlich wird Ihnen eine entsprechende Vorlage alsbald nach dem Kriege wiederum zugehen können.

Die Beratungen in meinem Ministerium, von denen ich vorhin sprach, werden, so hoffe ich, in absehbarer Zeit zu einem gewissen Abschluß kommen, und wir werden das Ergebnis dann der breiteren Oeffentlichkeit zugängig machen können. Wir werden dann auch die gesetzgeberischen Maßnahmen, die sich als möglich und notwendig erwiesen haben, schleunigst in die Wege leiten.

Aber, m. H., mit vollem Recht hat der Herr Vorredner hervorgehoben, und mit vollem Recht ist auch in der Kommission bereits darauf hingewiesen worden, daß Staat, Gesetzgebung und Polizei hier nicht helfen können. Noch sollen wir die Frage, glaube ich, wenn auch mit vollem Ernste, aber nicht zu pessimistisch auffassen. Noch handelt es sich — Gott sei Dank! — nicht um eine Entartung unseres Volkes, und wir wollen uns gerade in diesen großen Zeiten, in diesen Tagen, wo unser Herz wieder so hoch schlägt in Anbetracht der herrlichen Erfolge unserer Armee dort im Westen, die Freude und den Stolz auf unser Volk nicht durch zu pessimistische Auffassungen auch dieser Frage trüben lassen. Aber das ist richtig: es handelt sich doch um eine ernste Verkennung der sittlichen Aufgaben unseres Volkes bei Männern und Frauen, und zwar in allen Schichten, und nicht zum wenigsten in den ersten Schichten unseres Volkes. (Sehr richtig!) M. H., das ist das Tiefbedauerliche: gerade die Schichten, die uns vorangehen sollten auf dem Wege zum sittlichen

Aufstieg, die haben es hier vollständig an sittlichem Ernst fehlen lassen, haben versagt und haben ein schlechtes Beispiel gegeben. (Sehr richtig!)

Die Frage ist nicht nur eine soziale, nicht nur eine wirtschaftliche, sondern sie ist eine Frage tiefsittlicher Natur. Deshalb ist sie auch nur zu lösen, wenn alle sittlichen Faktoren des öffentlichen Lebens hier mithelfen. Deshalb muß der Appell an unser ganzes Volk gehen, das Volk muß aufgerüttelt, muß aufgeklärt und muß auf den rechten Weg zurückgeführt werden. Dazu müssen helfen wie an einem heiligen Werke alle Faktoren, die dazu berufen sind, in erster Linie Kirche und Schule, Elternhaus, Arbeitgeber, alle Genossenschaften, alle Berufe, die Frauenvereine, alle sozialen Vereine, kurz, alle Faktoren des öffentlichen Lebens, denen unser Vaterland am Herzen liegt, und denen die Liebe zum Vaterlande tief im Herzen wurzelt. Erst dann, wenn wir diese Hilfe geweckt haben und dieser Hilfe sicher sind, können wir den Kampf auf breiter Grundlage aufnehmen, und, m. H., auch die Verhandlungen in der Kommission, die Verhandlungen des heutigen und des gestrigen Tages haben mir die volle, felsenfeste Ueberzeugung gebracht: auch in diesem Kampfe werden wir siegen. (Lebhafter Beifall.)

Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Krohne**: M. H.! Die Frage des **Geburtenrückganges** hat weite Kreise des deutschen Volkes und uns schon einige Jahre vor dem Kriege eingehend beschäftigt und uns allen ernste Sorge gemacht. Die ganze Frage aber, deren Lösung vielleicht noch einmal, so oder so, darüber entscheiden wird, welche Stellung Deutschland im Rate der Völker in Zukunft einzunehmen haben wird, ist durch den gegenwärtigen Krieg in ganz besonderem Maße in den Vordergrund des Interesses gerückt worden.

Gestatten Sie mir, daß ich Ihnen, ohne Sie ermüden zu wollen, nur einige wenige statistische Zahlen und Tatsachen mitteile, deren Wucht kein Einsichtiger sich wird verschließen können. Im vorigen Jahrhundert schwankte die Geburtenziffer Deutschlands im allgemeinen zwischen 40 und 35 Lebendgeburten auf 1000. Wie bereits erwähnt wurde, erreichten wir den Höchststand der Geburten kurz nach dem französischen Kriege mit 40,9 auf 1000 Einwohner im Jahre 1876. Seit jener Zeit setzte — zunächst ganz langsam — ein deutlicher Geburtenrückgang ein, so daß wir am Beginn dieses Jahrhunderts, in den Jahren 1900 und 1901, wieder eine Geburtenziffer von rund 35 hatten. Seit jener Zeit aber haben wir einen Geburtenabsturz erlebt, der ganz unerhört ist, der uns in 12 bis 13 Jahren von 35 Lebendgeburten auf 1000 zunächst auf 28 und nach den neuesten Ziffern sogar auf 27 Geburten in Deutschland zurückgebracht hat!

Diese Tatsache ist ganz besonders bedauerlich mit Rücksicht auf gewisse Begleiterscheinungen, auf die ich später zu sprechen komme. Zunächst ist hervorzuheben, daß in den Jahren seit Beginn dieses Jahrhunderts der Geburtenabsturz bei uns dreimal so stark gewesen bezw. dreimal so rasch verlaufen ist, wie in den vorangegangenen 25 Jahren, also seit dem Jahre 1876, und daß kein Kulturvolk bis jetzt in einer so kurzen Zeit einen solchen Absturz erlebt hat. Für diese Ziffer einer Abnahme von 8 Geburten auf 1000, für ein so rasches Tempo des Absinkens der Geburtenziffer hat Frankreich, das ja an sich eine viel geringere Geburtlichkeit hat, über 70 Jahre gebraucht, wir nur 12.

Nun müssen wir uns folgendes klar machen: Wir haben heute schon jährlich 560000 Geburten weniger, als wir haben müßten, wenn wir noch die Ziffer von 1900 behalten hätten; das bedeutet, daß wir, wenn wir die Geburtenziffer von 1900 wenigstens behalten hätten, heute — nach Abrechnung derjenigen Kinder, die voraussichtlich durch Tod inzwischen wieder ausgeschieden wären —, $2^1/_2$ Millionen mehr Bevölkerung hätten, als wir tatsächlich jetzt haben. Wir würden also, hätten wir jene Geburtenziffer von 1900 behalten, heute anstatt rund 68 Millionen 70 bis 71 Millionen Bevölkerung in Deutschland haben, — ein Vorteil, der angesichts der ungeheuren Opfer dieses Krieges gar nicht hoch genug bewertet werden kann. (Sehr richtig!)

Nun wird immer von vielen Seiten eingewandt, daß wir zurzeit noch keine Angst zu haben brauchen, weil ja unsere Sterblichkeit so überaus günstig ist, und daß wir uns deshalb keine Sorge für die Zukunft zu machen brauchen. M. H., wie liegen die Dinge? Es ist richtig, daß unsere Sterblichkeit in den letzten 30 Jahren dank der überaus günstigen wirtschaftlichen Entwicklung Deutschlands, der Besserung aller Lebensverhältnisse, dank namentlich der

großartigen gesundheitlichen Fortschritte in hocherfreulichem Maße zurückgegangen ist. Während wir vor 30 Jahren noch eine Sterblichkeit von rund 26 auf Tausend hatten, haben wir heute eine solche von etwa 14, d. h., es sterben heute rund 700000 Menschen in Deutschland weniger, als noch sterben würden, wenn wir die Verhältnisziffer der Sterblichkeit noch vom Jahre 1886 hätten.

Aber, m. H., täuschen wir uns nicht: auch das bedeutet keine Beseitigung, sondern nur ein Hinausschieben der Gefahr, die uns bedroht. Denn wir müssen die bedauerliche Tatsache feststellen, daß wiederum in den letzten 13, 14 Jahren — ich spreche immer von den Feststellungen, die im Jahre 1914 vor dem Kriege erhoben sind —, daß gerade seit Anfang dieses Jahrhunderts die Sterblichkeit zwar immerwährend abnimmt, daß aber die Abnahme der Geburtenziffer in einem viel rascheren Tempo verläuft. Seit 1900 hat unsere Sterblichkeit um 4,4 auf Tausend abgenommen, die Geburtenziffer aber um 7,7, d. h. die Geburtenziffer ist um 75% stärker bezw. rascher gesunken als unsere Sterblichkeit. Angesichts dieser statistisch feststehenden Tatsachen müssen wir uns doch vor Augen halten, daß die Abnahme der Sterblichkeit ihre natürliche Grenze hat, die Abnahme der Geburtenziffer nicht. Die Gefahr, daß die Geburten immer weiter abfallen und schließlich unter die Sterblichkeitsziffer herabsinken können, ist also nicht von der Hand zu weisen. M. H., Frankreich ist bereits an diesem Standpunkt angelangt. Frankreich hat zum ersten Male im Jahre 1911 ein Manko von 35000 Geburten weniger als Todesfälle gehabt, und es wird Sie interessieren, daß im ersten Halbjahr des Kriegsjahres 1914 bereits bis zum Juli Frankreich ein Weniger von 25000 Geburten hatte. M. H., wenn ich das bemerken darf: vielleicht schon allein aus diesem Grunde ist es ja eine so wahnwitzige Politik der Lenker der französischen Staatsinteressen, daß sie ihr Volk, bei dem gewissermaßen der Absterbungsprozeß der Natur bereits begonnen hat, in diesen vermeidbaren Krieg hineingehetzt haben, bei dem Frankreich nach glaubwürdigen Mitteilungen, bereits einen Verlust von 700000 Menschen erlitten hat — ein Aderlaß, von dem sich Frankreich nach menschlichem Ermessen niemals wieder erholen wird!

M. H., die Geschichte zeigt uns ganz ähnliche tieftragische Beobachtungen. Ihnen allen sind die Gründe bekannt, die zu dem Niedergang des alten Hellas und von Rom geführt haben. Ich will nur die eine Tatsache erwähnen, daß Rom in der Kaiserzeit, d. h. auf der Höhe seiner Macht, infolge des Sittenverfalls, der Genußsucht seiner Bewohner und anderer Erscheinungen, die auch ihre Schatten in unsere Zeit hineinwerfen, damals bereits an Kinderzahl derart abgenommen hatte, daß es zur Zeit der Kaiser nur noch den vierten Teil an wehrfähigen Mannschaften ins Feld führen konnte, die es zur Zeit der Punischen Kriege aufgebracht hatte. Damals, zur Zeit der Punischen Kriege und hundert Jahre später, als die germanischen Völker zum ersten Male an die Tore Roms pochten, konnte Rom vermöge seiner ungebrochenen Volkskraft noch Herr seiner Feinde werden. Später, zur Kaiserzeit, konnte es sich, ähnlich wie ein modernes Volk, mit dem wir kämpfen, den Luxus leisten, fremde Völker für sich kämpfen zu lassen, weil die eigene Volkskraft nicht mehr ausreichte. Wir alle wissen, daß das nur eine Zeitlang dauerte, daß es aber schließlich daran zugrunde ging, daß die lebendige Kraft des Volkes durch eigene Schuld getötet wurde. Jedenfalls war Rom hauptsächlich wegen Abnahme seiner Bevölkerung nicht imstande, dem Ansturm seiner Feinde in den späteren Jahrhunderten Widerstand zu leisten.

Das, was ich hier gesagt habe, soll keine Schwarzmalerei mit Bezug auf unsere gegenwärtigen Verhältnisse bedeuten. Aber darüber müssen wir uns doch klar sein, daß wir, wenn wir eine solche Gefahr erkannt haben, wie sie uns droht, die heilige Pflicht haben, rechtzeitig vorzubeugen, und daß wir nicht warten dürfen, bis wir solche Zustände haben, wie sie Rom den Untergang gebracht haben, wie sie seit lange in Frankreich herrschen. (Sehr richtig! rechts.) Gott sei Dank hat unser deutsches Volk noch eine ungebrochene Lebenskraft, es wird in der Lage sein, sich aus dieser Gefahr, die doch schon in greifbare Nähe gerückt ist, zu retten.

Gestatten Sie mir nun einige Worte über die **Ursachen der unerfreulichen Erscheinung.** Die Ansichten darüber, welche Momente wir als Ursachen des Geburtenrückganges anzusehen haben, sind unendlich ver-

schieden; es ist viel darüber geschrieben worden in den letzten Jahren, was wir alles haben prüfen müssen; je nach der religiösen, der wirtschaftlichen, der parteipolitischen oder sonstigen Auffassung des Untersuchenden sind die Deutungen der Ursachen verschieden.

Die zuerst auftauchende Frage, die schon gestreift worden ist, daß die Abnahme der Geburtsziffer, woran man ja auch denken könnte, in einer **Rassenverschlechterung** ihre Ursache haben könne, ist ohne weiteres von der Hand zu weisen. Allein schon der Umstand, daß wir seit Jahren eine außerordentliche Abnahme unserer Sterblichkeit haben, spricht gegen eine Rassenverschlechterung; denn es ist bekannt, daß die Rassenverschlechterung eines Volkes ihren Ausdruck in der Zunahme der Sterblichkeit findet. Aber selbst wenn bis jetzt hierüber noch ein Zweifel bestanden hätte, so hat unser deutsches Volk in diesem Kriege doch hinreichend bewiesen durch die ungeheuren Leistungen in körperlicher, sittlicher oder sonstiger Hinsicht, daß von irgendwelcher, die Fortpflanzungsfähigkeit beeinträchtigenden Entartung gar keine Rede sein kann. (Sehr richtig!) M. H., das, was unser Volk jetzt geleistet hat, ist so groß und erhaben, daß es — ich bitte, mir zu gestatten, das zu sagen — vielleicht noch hinausgeht über das, was wir vor hundert Jahren bei der wunderbaren Erhebung Preußens erlebt haben!

Weiter haben manche der Auffassung Ausdruck gegeben, daß eine **Abnahme der Eheschließungen** bei uns bestände, und daß infolgedessen als natürliche Wirkung eine Verringerung der Geburten festzustellen wäre. Auch das trifft nicht zu. Daß unsere Eheschließungen prozentual um einen geringen Bruchteil abgenommen haben, ist richtig; absolut haben aber die Ehen fortdauernd zugenommen. Wir haben im Jahre 1900 476000 Eheschließungen gehabt, im Jahre 1913 dagegen 510000, also eine beträchtliche Zunahme. Trotzdem war im Jahre 1913 die Zahl der geborenen Kinder um 166000 geringer als im Jahre 1900! (Hört, hört!)

Auch der **Alkoholismus** kann — trotzdem wir ja alle zugeben müssen, daß bei uns noch zu viel getrunken wird — nicht ernstlich in Frage kommen im Sinne einer angeblichen Herabsetzung der Gebär- und Zeugungsfähigkeit. Denn darüber müssen wir uns doch klar sein, daß im Laufe der letzten 30 Jahre auch hinsichtlich des Alkoholismus manches besser und keinesfalls schlechter geworden ist. (Sehr richtig!)

Nun ist vielfach die Frage aufgetaucht, ob die Zunahme der **Geschlechtskrankheiten** an dem Geburtenrückgang schuld sei. Auch diese Frage hält ernstlicher Prüfung nicht Stand. Richtig ist, daß wir bereits vor 30 Jahren einen großen Geburtenausfall durch die Geschlechtskrankheiten hatten. Fachärzte haben schon vor etwa 20 Jahren den jährlichen Ausfall durch Geschlechtskrankheiten auf 200000 Geburten geschätzt. Nun wird aber gerade in neuester Zeit, und zwar gerade von solchen Fachärzten, die früher viel pessimistischer waren, die Auffassung vertreten, daß wir seit dem Jahre 1900, also gerade zu der Zeit, wo der außerordentliche Geburtenabsturz bei uns besteht, keine Zunahme der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen haben. Infolge der großzügigen Maßnahmen, die von allen Seiten getroffen sind, ist sogar anscheinend eine gewisse Abnahme der Geschlechtskrankheiten festzustellen. Diese Feststellung gründet sich ganz besonders auf die Rekrutenuntersuchungen der aus großen Städten stammenden Militärpflichtigen; es ist ja bekannt, daß es namentlich die großen Städte sind, die auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten das Hauptmaterial liefern, während wir auf dem Lande wenig oder gar keine Geschlechtskrankheiten haben. Bei diesen Rekrutenuntersuchungen nun ist in den letzten Jahren eine deutliche Abnahme der Geschlechtskrankheiten festgestellt worden. Also können wir die Schuld an dem Geburtenrückgang kaum diesen Krankheiten zuschieben.

Nun steht im Vordergrund der Erörterungen immer die Frage, inwieweit **wirtschaftliche Interessen** für die offenbar gewollte Einschränkung der Kinderzeugung maßgebend sind. Nun kann es keinem Zweifel unterliegen, daß auch die wirtschaftlichen Interessen mitsprechen. Es kann ohne weiteres zugegeben werden, daß sicherlich eine nicht geringe Anzahl von Ehepaaren die Kindererzeugung einschränken, weil sie sich in wirtschaftlicher Notlage befinden, daß namentlich auch die Wohnungsteuerung, die wir in großen Städten haben, hier eine Rolle spielt. Es ist ja bekannt, daß wir jetzt schon die bedauerliche

Erscheinung haben, daß manche Hausbesitzer grundsätzlich keine Leute mit Kindern aufnehmen, so daß wir beispielsweise vor mehreren Jahren den traurigen Fall gehabt haben, daß im rheinisch-westfälischen Gebiet ein Arbeiter mit 7 Kindern überall vergeblich eine Wohnung gesucht und schließlich aus Verzweiflung darüber, daß er wegen seiner Kinder überall abgewiesen wurde, Selbstmord verübt hat. Das sind Sachen, die auch ihr Teil mitsprechen. Aber wenn wir nun die Frage so stellen wollen, wie sie immer von gewisser Seite gestellt wird, ob es nur wirtschaftliche Ursachen sind, ob man von Massenelend spricht, so muß man diese Frage doch entschieden verneinen. Es ist richtig, die ganzen Lebensverhältnisse haben sich in den letzten 30 Jahren erheblich verteuert: die Lebensmittel sind zum Teil um 30 % teurer geworden. Aber darüber kann doch kein Zweifel bestehen, daß in allen Volksschichten auch die Einkommen, Gehälter und Löhne erheblich mehr, zum Teil um 50 % in den letzten 30 Jahren gestiegen sind. Der wachsende Wohlstand unseres Volkes, der uns jetzt zu den großartigen wirtschaftlichen Leistungen befähigt hat, hat jedenfalls in den letzten 30 Jahren in allen Volksschichten sehr zugenommen, so daß wir doch nicht im Ernst behaupten können, das Volk wäre heute — ich spreche von der Zeit vor dem Kriege — wirtschaftlich nicht mehr in der Lage, eine so große Zahl von Kindern aufzuziehen wie vor 30 Jahren.

M. H., wer mit Aufmerksamkeit die Erscheinungen unseres Volkslebens im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte beobachtet hat, der kann sich doch nicht der Ueberzeugung verschließen, daß bei uns eine gewisse Summe von höchst unerfreulichen Erscheinungen entstanden ist, die wir überall in der Geschichte fast immer entstehen sehen, wenn Kulturvölker sehr rasch zu großem Wohlstande gelangt sind. (Sehr richtig!) M. H., daran kann doch gar kein Zweifel sein, daß bei uns als Folgeerscheinung des Wohlstandes, des Luxus in gewissen Kreisen, der vielfachen Genüsse, die sich viele Leute leisten und die doch zum großen Teil entbehrlich sind — wir sehen ja im Kriege, daß wir auch ohne sie auskommen können — ich sage, es kann gar kein Zweifel sein, daß eine gewisse Weltanschauung sich leider auch bei uns in weiten Kreisen geltend gemacht hat, die ihren Ausdruck darin findet, daß einmal die Begriffe von Ehe und Kindersegen eine bedenkliche Umwertung erfahren haben, (sehr richtig!) und zweitens, daß vielfach die Anschauung sich geltend macht, daß Kindersegen nur eine Last sei, die allerlei unerfreuliche Verantwortung mit sich brachte, und der man sich deshalb nach Möglichkeit entziehen dürfe. M. H., ich kann es doch nicht unausgesprochen lassen; denn es spricht zu viel dafür, und nur wenn man das offen ausspricht, kann es vielleicht Eindruck in weiteren Kreisen machen, das ist nämlich die Tatsache, daß diese Anschauung namentlich in der Frauenwelt Boden gewonnen hat, und daß es bedauerlicherweise heute manche Frauen gibt, die am liebsten wenig oder gar keine Kinder haben wollen. (Sehr richtig!) M. H., solche Frauen ziehen meines Erachtens das Höchste, was es für ein Weib geben sollte, die Mutterschaft, in den Staub (sehr gut!); sie verkennen die höchste sittliche Bestimmung der Ehe: Fortpflanzung unseres Geschlechts, Aufzucht von tüchtigen, braven Kindern, die wir dem Vaterlande geben sollen und die vor allen Dingen, wenn wir nicht mehr da sind, die Arbeiten, die wir begonnen haben, in unserem Sinne weiter führen sollen. (Sehr richtig!) Wenn ich hier etwas einfügen darf, dann ist es die Hoffnung, m. H., daß der wunderbare, erhebende vaterländische Geist, der Geist der Opferwilligkeit und Einmütigkeit, den unser Volk seit Ausbruch des Krieges und auch heute noch fortwährend betätigt, und den wir vielleicht als wertvollsten Gewinn des Krieges für die Dauer buchen können, die Hoffnung, daß dieser Geist für alle Zeiten, auch nach dem Kriege, uns erhalten bleiben und alle die unerfreulichen Erscheinungen in unserem Volke hinwegwehen möge, die an der Kraft unseres Volkes zehren. (Sehr richtig!)

In diesem Zusammenhang muß ich noch einige andere Ursachen erwähnen, die hier schon zur Sprache gebracht worden sind. Das ist die Frage der **empfängnisverhütenden Mittel.** Ja, m. H., es muß offen ausgesprochen werden, daß der Vertrieb dieser häßlichen Sachen bei uns sich bereits zu einem öffentlichen Skandal ausgewachsen hat. (Sehr richtig!) Die Berichte, die dem Ministerium hierüber vorliegen, sprechen eine sehr, sehr ernste Sprache. Heute ist es ja nicht so, wie es leider schon vor längerer Zeit war, daß man alle diese

Sachen nur in verschiedenen kleinen Geschäften — bekommen kann, und daß sie dort sehr oft jungen, unreifen Mädchen, Dienstmädchen, jungen Burschen, die an so etwas vielleicht gar nicht denken, aufgedrängt werden. Nein, m. H., wir sind schon so weit, daß in die entferntesten Gegenden unseres Vaterlandes, in die einsamsten Dörfer Geschäftsreisende solcher Firmen kommen und den Leuten die Mittel aufdrängen; ja, in einzelnen Fällen haben wir sogar festgestellt, daß weibliche Geschäftsreisende solcher Firmen den Frauen die praktische Anwendung der Mittel vordemonstrieren und nach einem Vierteljahr nachfragen, ob vielleicht wieder Bedarf wäre.

M. H., die hier schon gestreifte Frage der **Vernichtung des keimenden Lebens** ist auch eine Frage, die uns ernste Sorge machen muß; denn diese Fälle haben in so erschreckendem Maße zugenommen, daß es hohe Zeit ist, daß hier Wandel eintritt. Sichere statistische Schätzungen über die Zunahme der Abtreibungen — das möchte ich hier bemerken — liegen selbstverständlich nicht vor; das liegt in der Natur der Sache, aber die Ziffern, die als wahrscheinlich genannt werden, sind doch so erschreckend hoch, daß es, wie gesagt, höchste Zeit ist, hier einzugreifen.

M. H., über die **Mittel zur Bekämpfung des Geburtenrückganges** hier ausführlich zu sprechen, will ich mir versagen. Mein H. Chef, Seine Exzellenz der H. Minister des Innern, hat schon darauf hingewiesen, daß eingehende Beratungen über diese Frage innerhalb des Ministeriums des Innern bezw. innerhalb des Staatsministeriums unter der Beteiligung sämtlicher Ressorts stattfinden. Es ist ganz selbstverständlich, daß in diesen Beratungen alle die Vorschläge geprüft werden, die bisher gemacht worden sind; sie sind alle gesammelt, und sie werden auf das eingehendste erörtert werden. Nur einige der Maßnahmen, die uns speziell vom Standpunkte der Medizinalverwaltung aus als besonders notwendig erscheinen, will ich hier kurz erwähnen.

M. H., es ist natürlich eine Frage, die wir heute nicht beantworten können, ob es uns überhaupt gelingen wird, die Geburtenziffer zu steigern, dem Geburtenabsturz Einhalt zu tun. Schon wenn uns das letztere gelingt, zu verhüten, daß ein weiterer Absturz erfolgt, haben wir gewonnenes Spiel. Aber selbstverständlich muß es vom Standpunkte positiven Handelns auch in erster Linie unsere Aufgabe sein, in noch höherem Grade, als es bisher möglich war, die Geborenen am Leben zu erhalten. (Sehr richtig!) Aus diesem Grunde steht der H. Minister des Innern auf dem Standpunkt, daß es notwendig sei, in weiterem Umfange, als es bisher gelingen konnte, für **Säuglings- und Mutterschutz** zu sorgen. Ich möchte hierbei bemerken: auf diesem Gebiete ist insbesondere auf Veranlassung vieler edler Frauen und Männer im öffentlichen Leben, namentlich auch auf Anregung Ihrer Majestät der Kaiserin seit Jahren bereits viel geschehen. Infolgedessen ist unsere Säuglingssterblichkeit bereits wesentlich geringer, als sie noch vor 14 bis 15 Jahren war. Aber wir können doch nicht an der Tatsache vorübergehen, daß sie in einer Reihe von Kulturstaaten noch viel geringer ist als bei uns. So hat Frankreich zwar eine an sich weit ungünstigere Gesamtsterblichkeit als Deutschland, aber eine viel niedrigere Säuglingssterblichkeit als wir. In Frankreich sterben im Durchschnitt 50% Säuglinge weniger als bei uns. Aehnlich liegen die Verhältnisse in Belgien, England, Italien, namentlich aber in den nordischen, skandinavischen Ländern.

Nun meine ich, unser Volk hat doch in diesem Kriege durch seine ganze Organisationsfähigkeit gezeigt, welcher Leistungen wir auf allen Gebieten fähig sind, und ich zweifle nicht daran, daß es unseren Maßnahmen gelingen wird und gelingen muß, das zu erreichen, was Frankreich schon erreicht hat. Dann wird es uns möglich sein, eine ganz außerordentlich höhere Ziffer von Kindern in Zukunft am Leben zu erhalten als bisher.

Ebenso müssen wir dafür sorgen, daß ein genügender **Mutterschutz** in weiterem Umfange als bisher ermöglicht wird. Noch sterben bei uns in Deutschland jedes Jahr weit über 6000 Mütter an den Folgen einer Entbindung. Die Ziffer mag angesichts der Zahl von 1 900 000 Geburten gering erscheinen. Wenn ich Ihnen aber sage, daß diese Ziffer bedeutet, daß täglich in Deutschland 18 Frauen die Mutterschaft mit dem Tode bezahlen müssen, so werden Sie mir zugeben, daß das eine sehr bedauerliche Ziffer ist.

Weiter ist aus den gleichen Gründen dringend notwendig, daß wir das Hebammenwesen reformieren. (Sehr richtig!) Auch in dieser Hinsicht ist der H. Minister bereits in Verhandlungen mit den anderen Ressorts eingetreten. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß angesichts der ernsten Gefahren, die uns beim Geburtenrückgang bedrohen, die Hebammenreform, die aus den verschiedensten Gründen einwandfrei zu lösen bisher nicht möglich war, jetzt durchgeführt werden muß, daß einmal ganze Arbeit auf diesem Gebiete getan werden muß, und wir hoffen, einen Weg gefunden zu haben bzw. zu finden, der uns nach dieser Richtung einwandfreie Zustände bringen und geeignet sein wird, das soziale Niveau unserer Hebammen, die bedauerlicherweise vielfach als eine Art komischer Figuren betrachtet werden, als minderwertige Personen, denen aber doch jedes Jahr das Leben von fast 2 Millionen deutscher Mütter und Kinder anvertraut ist, zu heben. Wir hoffen, daß wir das erreichen werden. (Bravo!)

M. H., nach dem Gesagten kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß wir alles tun müssen — nicht nur die Regierung, auch alle Kreise des Volkes —, um der durch die Geburtenabnahme drohenden Gefahr Herr zu werden. Tacitus hat berichtet, daß bei den alten kinderfrohen Germanen schon die Beschränkung der Kinderzeugung als ein großer Frevel angesehen war, der mit der Verachtung des Betreffenden von den übrigen Volksgenossen bestraft wurde. Ich hoffe, daß diese Zeit, die in jeder Hinsicht dazu angetan ist, uns das schöne Beispiel unserer Altvorderen vor Augen zu führen, uns in dieser Beziehung auch eine Wiedergeburt bringen wird.

M. H., nun lassen Sie mich noch auf folgendes hinweisen: Die großen Verluste dieses Krieges sind zweifellos so außerordentlich, daß die Hoffnung, die unbegreiflicherweise noch jetzt immer von manchen Leuten ausgesprochen wird, daß ja die Erfahrung immer gezeigt hätte, daß nach jedem Kriege die Geburtenziffer in die Höhe gehe, und daß ja damit das Problem des Geburtenrückganges für uns sehr einfach gelöst wäre, weil auch nach diesem Kriege diese Erscheinung würde eintreten, nur auf einer ganz kurzsichtigen Auffassung beruhen kann (Sehr richtig!); denn die Zahl der Verluste, die dieser Weltkrieg — der ja Verhältnisse bringt, wie sie die Geschichte noch nicht erlebt hat — auch unserem Volke gebracht hat und wohl noch bringen bringen wird, ist so außerordentlich, daß von einer Vermehrung der Geburtenziffer infolge der erwähnten Erscheinungen nach dem Kriege gar keine Rede sein kann. Wir brauchen uns doch nur vor Augen zu halten, daß viele, viele Tausende von blühenden, im zeugungsfähigen Alter stehenden Männer für die nächsten Jahre bei der Kinderzeugung ausscheiden. Es kann daher kein Zweifel sein, daß wir im Laufe der nächsten Jahre ein weiteres Absinken unserer Geburtenziffer allein aus dieser Erscheinung heraus haben werden.

Aber, m. H., wir werden diese Verluste ausgleichen, wenn wir — und ich hoffe, wir sind auf dem Wege dazu — mit festem Wollen der Gefahr begegnen, die uns bedroht. Mehr als je, m. H., braucht unser deutsches Vaterland **einen Zuwachs an Menschen!** Wir brauchen Menschen erstens, um die schrecklichen Verluste des Krieges auszugleichen, dann aber vor allen Dingen, um gerüstet zu sein, wenn es wieder einmal in Zuknnft neidischen und rachgierigen Feinden in Ost und West einfallen sollte, das deutsche Volk mitten in friedlicher Arbeit hinterlistig zu überfallen! Aber, m. H., wir brauchen vor allen Menschen, um, nach dem schönen Wort Friedrichs des Großen, der bekanntlich „Menschen vor den größten Reichtum eines Staates erachtete“, all den kulturellen Aufgaben gerecht zu werden, deren Erfüllung, davon bin ich felsenfest überzeugt, die Vorsehung dem deutschen Volke noch vorbehalten hat. M. H., allein schon unsere wirtschaftliche Entwicklung ist ja in ihrer ganzen Berechnung eingestellt auf das Moment der fortdauernden Vermehrung des Volkes. Der ganze Unternehmungsgeist im wirtschaftlichen Leben, die Gütererzeugung, die Beschaffung von Arbeitskräften, das Baugewerbe und unendlich viele andere Dinge sind ja überhaupt nur möglich bzw. existenzfähig, wenn als Grundbedingung eine fortlaufende Vermehrung des Volkes gegeben ist, während allein schon der Stillstand der Volkszunahme — von Abnahme gar nicht zu sprechen — gleichbedeutend ist mit Erschlaffung und Herabsetzung der Leistungsfähigkeit des Volkes. Deshalb, m. H., dürfen wir nichts versäumen, um allen Kreisen des Volkes den Ernst der Sache, den

Ernst der Stunde klar zu machen, der uns hier eine zielbewußte Stellungnahme gebietet (Sehr richtig!) Dann, aber auch nur dann wird das deutsche Volk die glänzende Zukunft nach diesem Kriege erleben, die wir alle als Preis der unerhörten Opfer dieses Krieges erhoffen! (Lebhafter Beifall!)

Abg. Dr. **Faßbender** (Zentr.): Die **Hebung der Bevölkerungsziffer** muß in einer doppelten Richtung erstrebt werden: einmal durch Herabminderung der Sterblichkeitsziffer und anderseits durch Erhöhung der Geburtenziffer. Für die Herabminderung der Sterblichkeitsziffer kommen zwei Maßnahmen in erster Linie in Betracht: das ist der Kampf gegen die Seuchen und der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit. Die moderne Hygiene und die freiwillige Liebestätigkeit, das sind die beiden Gebiete, die in diesem Kriege große Triumphe gefeiert haben. Nächst Gottes gnädigem Schutz ist es unzweifelhaft den umfassenden und ausgezeichneten Maßnahmen hygienischer Art zu verdanken, daß unsere Truppen von größeren Seuchen verschont geblieben sind, von den Seuchen, die in früheren Kriegen, auch noch in dem 1870er Kriege, unzählige Opfer gefordert haben. (Bravo!) Umfassende Maßnahmen der Hygiene werden aber auch in der Friedenszeit die unausgesetzte Sorge der Königlichen Staatsregierung bilden müssen. Vor allem wird die ländliche Bevölkerung einer gesteigerten Fürsorge behufs Ausgestaltung der Hygiene auf dem Lande bedürfen. Das erkennt man schon aus dem Umstande, daß die **Herabminderung der Sterblichkeitsziffer** trotz der an sich viel besseren Lebensbedingungen auf dem Lande doch hier nicht in dem Maße bisher gelungen ist wie in der Stadt. In Stadt und Land aber werden wir uns erhöhte Sorge für die Herabminderung der Sterblichkeit bei den Säuglingen und in den ersten kindlichen Lebensjahren angelegen sein lassen müssen, zumal wir in dieser Beziehung anderen Ländern gegenüber leider noch bedenklich zurückstehen. (Sehr richtig!) Zu den Maßnahmen gehört auch die gesetzliche Regelung des **Haltekinderwesens** mit Beaufsichtigung der Ziehmütter. Wenn auch die sogenannte Engelmacherei in Deutschland nicht so verbreitet sei, wie z. B. in Belgien, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß auch bei uns auf dem Gebiete des Haltekinderwesens ganz bedeutende Mißstände zu beseitigen sind. Deshalb wird meine Fraktion für den Antrag behufs gesetzlicher Regelung des Haltekinderwesens stimmen. (Bravo!)

Bezüglich des Kampfes gegen die Seuchen wird nach dem Kriege zweifellos der **Tuberkulosebekämpfung** eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden sein. Es unterliegt keinem Zweifel, daß durch die ausgedehnte Einziehung der männlichen Bevölkerung zu den Waffen, dadurch, daß viele Leute, die früher wegen schwächlicher Gesundheit vom Militärdienst befreit wurden, jetzt aber eingestellt werden, ein **Anwachsen der Erkrankungen an offener Tuberkulose** für die Zukunft zu befürchten ist. Wenn man sieht, daß bei den anzeigepflichtigen ansteckenden Krankheiten eine stete Abnahme eingetreten ist, dann müßte man zu der Ansicht kommen, daß die **Anzeigepflicht auch bei Tuberkulose eine gesetzliche Regelung finden sollte**, denn die jetzige Anzeigepflicht, die sich nur auf Todesfälle und Wohnungswechsel beschränkt, genügt zweifellos nicht. Die Tuberkulose ist, besonders auch auf dem Lande, in den meisten Fällen als „Wohnungskrankheit“ zu betrachten (Sehr richtig! im Zentrum); Bauart, Inneneinrichtung, Beschaffenheit der Schlafkammern, Mißstände auf dem Gebiete der Ventilation, der Heizung und besonders der Reinlichkeit sind hier vielfach die Quelle der Seuchenverbreitung. Das Verständnis für Hautpflege und Zahnpflege bedarf zweifellos auf dem Lande erhöhter Fürsorge, worauf besonders H. Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner schon so oft hingewiesen hat.

Dem, was der Kollege Mugdan über die **Koalitionsfreiheit der krankenpflegenden Orden** gesagt hat, kann ich nicht in vollem Umfange, sondern nur insoweit zustimmen, als, wenn man in der Form der Gewerkschaft einen Zusammenschluß den krankenpflegenden Personen gestatten will, dann aber Fürsorge getroffen werden muß, daß die katholischen Orden, die im Falle eines Streikes die durch den Ordenszweck vorgeschriebene Pflicht tun würden, nicht gewissermaßen als „Streikbrecher“ kompromittiert werden dürften. Was aber die Niederlassung von krankenpflegenden Orden angeht, so steht diese Frage in engem Zusammenhang mit der **Tuberkulosebekämpfung** insofern, als es unzweifelhaft möglich wäre, auch in kleineren Krankenhäusern auf dem

Lande **Abteilungen für Tuberkulosekranke zu schaffen**, die eine außerordentliche Bedeutung für die Bekämpfung der Tuberkulose auf dem Lande gewinnen könnten, da solche Tuberkulosenheime für eine umfangreiche Bekämpfung der Tuberkulose in vielen Fällen viel wirkungsvoller sich erweisen dürften, als die Tuberkuloseheilstätten. (Sehr richtig! im Zentrum.) Die Organisation der Krankenhäuser, wonach, wie z. B. in den katholischen Teilen von Westfalen für fast alle Amtsbezirke eigene Krankenhäuser bestehen, ist höchst segensreich. Ihre Einrichtung sollte möglichst auch vom Standpunkt der Hygiene und der Tuberkulosebekämpfung gefördert werden. Insbesondere ist auch dafür zu sorgen, daß eine Ueberanstrengung der Schwestern vermieden wird, und diese, wie es namentlich in kleineren Krankenhäusern sehr leicht vorkommt, nicht mit niederen Dienstleistungen beschäftigt werden, die auch von ungelernten Dienstboten usw. verrichtet werden können.

Redner wünscht weiter erhöhte Fürsorge für die **Erforschung der Krebskrankheit**, die auch in Deutschland ständig zunehme. Jedenfalls müsse das Institut bei der Charité zur Erforschung der Krebskrankheit erhalten bleiben und weiter ausgebaut werden.

Nicht minder wichtig sei der **Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.** Um eine Verseuchung der Bevölkerung zu verhüten, sollte niemand jetzt während des Krieges beurlaubt und niemand nach dem Kriege aus dem Heere entlassen werden, der nicht vorher daraufhin untersucht worden sei, daß er an keiner Geschlechtskrankheit leidet. (Sehr richtig! im Zentrum.) Jeder Krieg hat aus ganz einleuchtenden Ursachen eine Steigerung der Geschlechtskrankheiten im Gefolge gehabt, und bei dem gegenwärtigen Kriege kommt besonders in Betracht, daß er sich in Gegenden und Ländern abspielt, in denen von altersher die Geschlechtskrankheiten sehr verbreitet waren. Ihre Heilung ist trotz der Salvarsan-Behandlung unsicher, und deshalb vom Standpunkte der Bevölkerungspolitik aus die Prophylaxe, d. h. die Verhütung der Ansteckung um so wichtiger. Man sollte deshalb durch gesetzliche Vorschrift von jedem Ehekandidaten ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis verlangen und die bürgerliche Eheschließung von der Abwesenheit einer übertragbaren Geschlechtskrankheit abhängig machen. Ebenso empfiehlt sich die Einführung einer gesetzlichen Bestrafung leichtsinniger oder grobfahrlässiger Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit; eine solche ist besonders als Jugendschutzmaßregel zu befürworten.

Sehr zu begrüßen ist die jetzt in Aussicht genommene, unter der Leitung des Reichsversicherungsamts, in Verbindung mit den Krankenkassen und der Militärverwaltung in die Wege geleitete Einrichtung von **Fürsorgestellen für Geschlechtskranke,** die den Fürsorgestellen für Lungenkranke und für Säuglinge nachgebildet werden sollen. Diese Fürsorgestellen müßten aber der gesamten Bevölkerung dienstbar gemacht werden.

Bei dem **Geburtenrückgange** haben wir es in vielen Fällen der Kindlosigkeit mit einer verschuldeten Kindlosigkeit und in anderen Fällen mit einer gewollten Kindlosigkeit zu tun. Für die erstere bildet meist Sterilität infolge von Syphilis und Tripper die Ursache. Dieser verschuldeten Kindlosigkeit muß mit allen Mitteln entgegengewirkt werden; man kann deshalb dem H. Minister den allerwärmsten Dank dafür aussprechen, daß er dieser Frage die hohe Wichtigkeit beimißt, wie sie aus seinen Worten hervorgeht, und daß er mit so großem Ernste und so herrlichem Eifer unter Mithilfe der Herren von der Medizinalverwaltung an die Behandlung dieses Problems herangeht. (Bravo!) Ein Erfolg ihrer Bestrebungen ist aber nur zu erwarten, wenn die Staatsregierung auch **auf dem Gebiete des Beamtenwesens wichtige Reformen** eintreten und bei Besetzung höherer Stellen das Vermögen nicht allein ausschlaggebend sein läßt (Sehr richtig! — Bravo! — auf verschiedenen Seiten des Hauses) und bei gleicher beruflicher Tüchtigkeit nicht der Beamte mit weniger Kindern vorgezogen wird, weil er einen größeren Betrag zu Repräsentationszwecken frei behält. (Hört, hört!) Man sollte überhaupt nach dem Kriege mit dem unglücklichen Repräsentationszwang einmal aufräumen (Sehr richtig!) und zur alten preußischen Einfachheit zurückkehren. (Bravo!) Deshalb habe Redner in Verbindung mit seinen Fraktionsgenossen einen Antrag eingebracht, worin die Königliche Staatsregierung ersucht wird, dahin zu wirken, daß für eine Anstellung oder Be-

förderung von Beamten bei der Auswahl unter den dafür geeigneten Personen solche mit einer größeren Kinderzahl in besonderem Maße berücksichtigt werden. (Bravo! im Zentrum.)

Bei dem **Geburtenrückgange** handelt es sich weder um eine einzige Ursache noch um ein einziges Mittel der Abhilfe. Als Grund der Geburtenbeschränkung in allen Ehen sind nicht nur grobsinnige oder an sich unethische Beweggründe zu suchen, sondern es können auch sehr sittliche Gründe dafür vorliegen. In solchen Fällen soll aber nach der Lehre der katholischen Moral Enthaltsamkeit geübt und die Anwendung künstlicher Mittel vermieden werden.

Die **Regelung des Wohnungswesens** wird am besten der Landesgesetzgebung zu überlassen sein; wichtig ist auch die Ausgestaltung des Verkehrswesens, damit die Leute außerhalb des Weichbildes der Stadt wohnen können, und die Siedelungsfrage auf dem Lande, um eine Landflucht zu verhüten. Ebenso wird auch bei der direkten Steuer die Kinderzahl mehr als bisher zu berücksichtigen sein; noch mehr Aussicht auf Erfolg dürfte die Gewährung von Erziehungsbeihilfen aus öffentlichen Mitteln bieten.

Weiterhin ist auf die **Erleichterung der Eheschließung** Bedacht zu nehmen. Es ist keinem Zweifel unterworfen, daß mit dem verspäteten Eintritt in die Ehe die sogenannten „Junggesellenverhältnisse" zusammenhängen. Eine ganze Menge von Leuten aus den akademischen Kreisen, Offizierkreisen usw. nehmen die Kenntnis der Präventivmittel aus ihren sogenannten „festen Verhältnissen" später mit in die Ehe hinein. Die ganze Psychologie ist eingestellt auf Beschränkung bezw. Verhütung der Konzeption, derartige Ehen werden ganz nahe an die Prostitution herangerückt; es besteht da nur der Begattungstrieb ohne den in der ehelichen Liebe wurzelnden Fortpflanzungswillen.

Die Errichtung von **Säuglingsfürsorgestellen**, bei denen es sich handelt um Beschaffung von gesunder Kindermilch, um Beratung, um Unterstützung der armen Mütter aus öffentlichen Mitteln, kann Redner namens seiner Partei nur befürworten. (Bravo!) Ebenso wichtig sei aber auch die erziehliche Einwirkung auf die Mütter, um sie zum **Selbststillen** zu veranlassen; die Frauen müßten es wieder als Ehre ansehen, ihre Kinder selbst zu stillen. Ob es möglich sein wird, wie im „Neuen Deutschland" Medizinalrat Dr. Graßl vorschlägt, einen Stillzwang einzuführen, will Redner dahingestellt sein lassen. Er kommt dann auf die **Hebammenfrage** zu sprechen und verlangt eine tüchtige Ausbildung derselben sowie die Anstellung sämtlicher Hebammen als Bezirkshebammen und Gewährung eines auskömmlichen Gehaltes. Mit der Bekämpfung des Geburtenrückganges steht auch der **Kampf gegen die öffentliche Unsittlichkeit**, namentlich in den Großstädten, wo die sexuelle Sinnlichkeit der Jugend erregt wird, in engem Zusammenhange. Dasselbe gilt betreffs der **mangelhaften Ausbildung zahlreicher Frauen in der Führung des Haushaltes**, namentlich im Kochen, die naturgemäß eine außerordentliche Verteuerung der Lebenshaltung und den Wunsch nach Beschränkung der Kinderzahl zur Folge hat. Ebenso bedingt der in den sogenannten besseren Ständen vielfach herrschende Bildungsfanatismus der verheirateten Frauen, daß eine Abneigung gegen eine größere Kinderzahl entsteht, die außerdem durch unsere Repräsentationswut vermehrt wird. Die Erziehung zur Mütterlichkeit ist somit ein Kernpunkt der ganzen Angelegenheit, eine Aufgabe, die an Bedeutung für die militärische, wirtschaftliche, kulturelle und sittlich-religiöse Zukunft unseres Volkes keiner andern nachsteht.

Auch die **Alkoholfrage** steht mit der ganzen Frage des Geburtenrückganges in einem gewissen Zusammenhang, weil nämlich nichts so sehr die Geschlechtskrankheiten fördert, wie die Verbreitung des Alkoholgenusses. Wie mancher junge Mensch wird unter dem Einfluß des Alkohols verdorben, wie mancher Student oder sonstige junge Mann verfällt in der Trunkenheit bei einem einzigen Fehltritt dem Verderben der Geschlechtskrankheit.

Nur mit einer **völligen Lebensreform** kann die Beseitigung des Geburtenrückganges einhergehen. Die großen Ansprüche an das Leben stehen vielfach im Wege. Deshalb fürchtet man sich vor einer größeren Kinderzahl, weil man nicht bloß repräsentieren, sondern auch nicht auf alles das, was sonst zum sogenannten „guten Leben" gehört, verzichten will. Dazu gehört

auch, daß in dem Jahresetat eine Summe für eine Sommerreise stehen muß, denn mit einer großen Kinderzahl kann man nicht gut reisen.

Endlich wird darüber kein Zweifel sein können, daß ohne eine religiöse Erneuerung des Volkes die sämtlichen vorerwähnten Mittel allein versagen müssen und versagen werden. Aber es würde ebenso verfehlt sein, wenn man es bei der seelsorgerischen Beeinflussung der Bevölkerung allein bewenden lassen wollte.

Meine politischen Freunde stehen zwar auf dem Boden, daß sie von der freien Entfaltung der religiös-sittlichen Lebenskräfte des deutschen Volkes auch in der Frage der Bekämpfung des Geburtenrückganges das meiste erwarten; sie wollen aber auch die anderen Mittel gesunder Bevölkerungspolitik ebenfalls in Betracht gezogen wissen, und deshalb werden sie für die Annahme der Staatshaushaltskommission und nicht für den Antrag der fortschrittlichen Volkspartei stimmen.

Redner schließt mit den Worten: Nur eine auf dem Grunde aufrichtiger und inniger Religion sich aufbauende umfassende Lebensreform mit einer Rückkehr zu einfacherer Lebenshaltung kann nach Ansicht meiner politischen Freunde die bedauerliche Erscheinung gewollter Kinderlosigkeit oder künstlicher Kinderbeschränkung als das Symptom einer entarteten Kultur beseitigen. (Sehr richtig!) Mit dieser Lebensreform muß aber eine umfassende Gesetzgebung auf den verschiedenen mit einer gesunden Bevölkerungspolitik in Beziehung stehenden Gebieten Hand in Hand gehen. Das deutsche Volk hat in diesem Kriege gezeigt, daß es einen Rücklagebestand von nicht entnervter Volkskraft noch besitzt. Es ist also noch nicht zu spät, aber es ist, wie der H. Regierungsvertreter mit Recht sagte, hohe Zeit, Fürsorge zu treffen, daß uns nicht die Verhältnisse über den Kopf wachsen. Meine Fraktion wird auf allen Gebieten gesetzgeberischer Maßnahmen, die das Uebel zu bekämpfen imstande zu sein scheinen, freudig mitwirken und mitarbeiten. (Lebhafter Beifall.)

Abg. Dr. **Lohmann** (natl.) schließt sich uneingeschränkt dem Lobe an das von allen Seiten den **Aerzten** und den **Krankenpflegerinnen** für ihre großen Leistungen in diesem Kriege gezollt ist. Den Antrag auf Gewährung voller **Koalitionsfreiheit des Krankenpflegepersonals** wird seine Partei einer wohlwollenden Nachprüfung unterziehen. In bezug auf den **Geburtenrückgang** ist es ein gar nicht hoch genug zu schätzendes Verdienst der maßgebenden Männer unserer Medizinalabteilung, daß sie das öffentliche allgemeine Interesse auf diesen Gegenstand gelenkt haben. Alle Parteien sind jetzt sämtlich davon überzeugt, daß dieser Geburten- und Volksrückgang eine der wichtigsten und schwersten Fragen ist, die unser deutsches Volk bewegen. Mehr als die absolute Abnahme ist ja die Tatsache geeignet, uns ernste Gedanken zu machen, daß dieser Absturz gerade in den wenigen Jahren des neuen Jahrhunderts so ungemein stark, ja rapide gewesen ist. Diese Tatsache beweist anderseits schlagend die Behauptung, daß die Frage keine vorwiegend wirtschaftliche ist, denn in den Jahren des neuen Jahrhunderts haben wir einen wirtschaftlichen Aufschwung gehabt und nicht einen wirtschaftlichen Abstieg. Wenn wir auch jetzt noch infolge der Abnahme der Sterblichkeit eine starke Zunahme der Bevölkerung aufzuweisen haben, so nähern wir uns doch immer mehr den Zuständen, die zum Teil England und in der Vollendung Frankreich haben. Auf diese „Kulturhöhe“ dürfen wir aber nicht herabsinken. Daß die Ursache des Geburtenrückganges nicht in einer starken Verminderung der Eheschließungsziffer liegt, hat Geheimrat Dr. Krohne nachgewiesen, denn diese ist von 1871 bis 1911 nur um 0,1 ‰ (von 8 auf 7,9 ‰) gesunken. Ungünstig ist in dieser Hinsicht nur, daß das Eheschließungsalter heraufgerückt ist. Als Hauptursachen sind vielmehr Eingriffe in die Schwangerschaft oder bewußte Vorbeugung der Empfängnis anzusehen. Leider grassiert nach den Beobachtungen des Redners in seiner Heimat (Nassau) die Abtreibung auch auf dem Lande und in kleinen Orten außerhalb viel mehr, als allgemein angenommen wird; auch darf nicht verschwiegen werden, daß die Widerstandsfähigkeit der Aerzte gegen die Zumutungen, die aus Frauenkreisen aller Stände an sie herantreten, die bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen, im Abnehmen begriffen ist. Redner hat aus seiner ärztlichen

Verwandtschaft und Bekanntschaft, die sich gerade in Kreise sehr beschäftigter und hervorragender Aerzte erstreckt, doch mehrfach gehört, daß, wenn Frauen aus gänzlich nichtigen Gründen der Genußsucht, der Eitelkeit oder unbeachtlicher Schwäche die Zumutung an sie stellen, es möge eine Schwangerschaft unterbrochen werden, und diese Zumutung unter ernstem Zuspruch abgewiesen wird, ganz regelmäßig diese Frauen — nach kurzer Zeit mit der Erklärung wieder erscheinen: wir haben einen anderen gefunden, der unserem Wunsch entsprochen hat. Vielleicht läßt sich durch einen gewissen Meldezwang auch auf die Aerzte ein Einfluß dahin zu üben, daß sie etwas zurückhaltender in der Anwendung des Aborts aus allgemein-hygienischen Gründen sein möchten. — Der Geburtenrückgang stellt sich als ein schwerer nationaler Notstand aus sittlich bedenklichen Beweggründen dar, denn wenn auch die bewußte Beschränkung der Kinderzahl keineswegs durchweg zu verdammen ist und die Sorge für Leben und Gesundheit der Mütter und damit die Einschränkung der Kinderzahl eine gewisse Berechtigung hat, so bleibt doch nicht zu bestreiten, daß die starke Abnahme unserer Geburten wesentlich auf Ursachen zurückzuführen ist, die moralisch zu verurteilen sind, weil sie verwerflich sind. Dafür spricht namentlich die Tatsache, daß wir die niedrigen Geburtsziffern ganz besonders und zuerst, bei uns in Deutschland wenigstens, in den wohlhabenden, sehr gut situierten Familien haben, wo mit dem besten Willen für diese Beschränkung der Kinderzahl keine andere Ursache gefunden werden kann als der gemeinschaftliche Wunsch von Mann und Frau ungestört von Kindersorgen das Leben zu genießen. (Sehr richtig!) Dafür ist ferner die Tatsache beweisend, daß wir das sprunghafte Fortschreiten der Abnahme unserer Geburten in den Großstädten in Jahren gehabt haben, die einen außerordentlichen Aufschwung mit sich brachten. Das Sinken der Geburtenziffer, auch wenn es so rapide eintritt wie augenblicklich, kann zwar nicht gleichzeitig auf eine sittliche Entartung unseres Volkes schließen lassen, aber wohl auf eine gewisse Schwäche des Willens. Man darf auch nicht übersehen, daß früher die ungeheure Versuchung, wie sie jetzt gerade an die Frauenwelt herantritt, nicht vorhanden war. Man kannte die Technik des antikonzeptionellen Betriebes gar nicht, und was infolge Unkenntnis solcher Technik unterblieb, war eben nicht Tugend, sondern Mangel an Gelegenheit zur Sünde. Seitdem die Frau gelernt hat, aktiv in die Geburtenpolitik einzugreifen, seitdem haben wir diese betrüben Zustände.

Wass nun den Einfluß der Religion, insbesondere der evanglischen und katholischen, auf den Geburtenrückgang betrifft, so haben wir in den Jahren 1901 bis 1911 eine Vermehrung der evangelischen Volksschulkinder von 3,5 Milionen auf 3,86 Millionen, also um 360000 gehabt, währen sich die katholischen Volksschulkinder von 2,057 auf 2,567, also um 510000 vermehrt haben. (Hört! hört!) Mit anderen Worten: wenn diese Bewegung und diese Tendenz anhält, werden wir in höchstens 20 Jahren ein Gleichziehen der katholischen und der evangelischen Volksschulkinderziffern haben. (Sehr richtig! bei den Nationalliberalen.) Das sollte doch jeden bewußten Anhänger und Freund der evangelischen Kirche mit der größten Sorge erfüllen und anspornen, alle seine Kräfte in den Dienst einer Bewegung zu stellen, die dieser verderblichen Erscheinung Einhalt tun kann.

Was nun die **Abwehrmittel** betrifft, so müssen wir zweifellos alles tun, um die Kindersterblichkeit einzudämmen. Dazu gehört auch eine bessere finanzielle und soziale Stellung der Hebammen, eine Regelung des Ziehkinderwesens, die Beibehaltung der Reichswochenhilfe, sowie die wirksamen staatlichen Maßnahmen auf dem Gebiete der Steuerpolitik und der Wohnungspolitik. Die Steuererleichterungen müssen viel erheblichere sein auch für Steuerzahler mit größerem Einkommen, um auch die mittleren und höheren Beamten zu schützen, wenn sie gewillt sind, unter eigenen Entsagungen und Opfern mehr Kinder für den Staat zu erziehen. (Sehr richtig!) Der Wohnungsgeldzuschuß muß für Beamte mit Familie weit höher sein als für unverheiratete Beamte.

Nachdem Redner dann erklärt hat, daß seine Partei mit dem Antrag

der Haushaltskommission einverstanden sei, desgleichen mit der Ueberweisung der anderen Anträge an die betreffenden Kommissionen, schließt er mit dem Wunsche, daß es gelingen möge, und zwar nach der Richtung, daß die Ehe dazu da sei, unter eigener Entsagung eine künftige Generation heranzuziehen, und daß die Frau selbst es als ihre vornehmste Aufgabe und als ihre höchste Ehre betrachtet, wenn sie zahlreiche Kinder um sich versammeln und erziehen kann. Eine große und wichtige Aufgabe ist dabei die Erhaltung des Kinderschatzes, die sich nicht nur auf die Erhaltung der Säuglinge, sondern auch auf die körperliche Entwicklung der älteren Kinder zu erstrecken hat.

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner:** M. H., es ist von verschiedenen Seiten des Hauses ein Wort der Anerkennung für die Medizinalverwaltung gefallen. Der Herr Minister hat schon die Güte gehabt, dafür zu danken. Ich halte es aber für meine Pflicht, darauf hinzuweisen, daß nicht nur an der Spitze der Medizinalverwaltung, sondern von allen ihren Gliedern bis in das entfernteste Dorf mit Eifer alles getan worden ist, was erforderlich war, um die Gesundheit zu schützen und Krankheiten vorzubeugen. Ich möchte darauf hinweisen, daß von den Kreisärzten über 200 ins Feld gezogen sind, deren Dienst die Zurückgebliebenen mit versehen müssen, und daß sich gegenwärtig von praktischen Aerzten über 14500 bei der Armee befinden. Das ist ein Beweis dafür, wieviele von ihnen, ohne dienstpflichtig zu sein, sich in den Dienst des Vaterlandes gestellt haben. Die Folge davon ist aber leider die gewesen, worauf schon hingewiesen worden ist, daß die **Versorgung der Bevölkerung mit Aerzten** vielfach auf Schwierigkeiten gestoßen ist. Gleich nach Ausbruch des Krieges hat der Herr Minister im Verein mit dem Herrn Reichskanzler in Voraussicht dieser Verhältnisse dafür gesorgt, daß durch Abkürzung und Vereinfachung der ärztlichen Prüfung und Erlaß des praktischen Jahres eine große Zahl von jungen Medizinern, die dicht vor der Vollendung ihrer Studien standen, ihre ärztliche Approbation bekommen haben, so daß auf diese Weise die Zahl der Aerzte im Lande vermehrt worden ist. Diese Erleichterungen haben jedoch mit dem 31. März 1914 aufgehört. Jedoch besteht noch eine gewisse Erleichterung darin, daß der Kriegsdienst auf das praktische Jahr angerechnet wird.

Eine Reihe von Klagen aus ärztlichen Kreisen, welche hier Widerhall gefunden haben, veranlassen mich, darauf hinzuweisen, daß es für den Herrn Minister und die Medizinalverwaltung überaus schwierig ist, sich in die Verhältnisse der Militärärzte einzumischen, da für sie das Kriegsministerium zuständig ist. Unter den jungen Medizinern, die ins Feld hinausgezogen sind, war eine ganze Menge von solchen, die dicht vor der Vollendung ihres Studiums standen und die nun ihrer Dienstpflicht obliegen müssen, ohne in derselben Zeit wie ihre nicht dienstpflichtigen Kameraden die ärztliche Approbation bekommen zu können. Es geschieht alles, um die darin zweifellos liegende Härte soweit wie möglich zu mildern; das ist in der Beziehung geschehen, indem den jungen Leuten, die bei dem Eintritt in das Heer noch nicht gedient haben, ein Semester ihrer Kriegsdienstzeit auf das Studium angerechnet wird, und daß ihnen eine weitere Kriegszeit auf das praktische Jahr angerechnet wird, wenn sie während des Feldzuges erfolgreich an der Krankenpflege teilgenommen haben. Der Wunsch, der hier geäußert worden ist, daß im Felde stehende Unterärzte, ohne die ärztliche Prüfung abgelegt zu haben, zu Sanitätsoffizieren befördert werden sollten, ist nicht erfüllbar; das würde zu bedenklichen Berufungen bei den übrigen Berufsständen Veranlassung geben.

Es ist seitens des H. Abg. Mugdan der Wunsch geäußert worden, es möchte eine Mitteilung erfolgen über die Gründe, die dahin geführt haben, daß wir in diesem Kriege in einer Weise wie noch niemals vorher von **Seuchen** verschont geblieben sind. Ich will mit einigen Worten darauf eingehen, und da ist es mir ein Bedürfnis zu betonen, daß wir heute mit einem tiefen Gefühl des Dankes und des berechtigten Stolzes auf eine fünfzehnjährige Arbeit zurückschauen, welche die Medizinalverwaltung auf diesem Gebiete hat leisten dürfen. Wir freuen uns über diese Gelegenheit, unseren Dank gegenüber der Finanzverwaltung und gegenüber diesem Hohen Hause Ausdruck verleihen zu können, welche die vielen Wünsche, die wir in der Zeit haben äußern müssen, in einer Weise erfüllt haben, die uns und auch die Militärmedizinalverwaltung in den

Stand gesetzt hat, das zu erreichen, was geschehen ist. Ich erinnere daran, daß wir in dieser Zeit das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 und das preußische Seuchengesetz vom 28. August 1905 verabschiedet haben. Ich erinnere weiter daran, daß die Finanzverwaltung und das Hohe Haus uns die Mittel gegeben haben, um ein ganzes Netz von großartigen Instituten ins Leben zu rufen, welche uns kein Volk nachmachen kann. In diesen Tagen wird das Institut für Infektionskrankheiten, welches die Arbeitsstätte von Robert Koch gewesen ist, sein 25jähriges Bestehen feiern. Es war lange Zeit das einzige Institut derart, welches in Preußen bestand; aber seit Anfang des Jahrhunderts haben wir eine stattliche Reihe ähnlicher Institute eins nach dem andern eröffnen können. Ich erinnere an die Hygienischen Institute der Universitäten, welche durchaus neu gebaut und vorzüglich ausgestaltet worden sind, an die Hygienischen Institute in Posen, Beuthen (Oberschlesien), Gelsenkirchen und Saarbrücken. Ich erinnere weiter an die Medizinaluntersuchungsämter und Medizinaluntersuchungstellen, von welchen wir im ganzen 13 in verschiedenen Teilen des Landes haben. Mit Hilfe dieser Institute ist es möglich geworden, alle Fälle von übertragbaren Krankheiten in jedem Teile des Landes in kürzester Frist festzustellen. Wir sind in der Lage gewesen, sämtliche Apotheken des Landes mit Entnahmegefäßen auszustatten, mit deren Hilfe jeder Arzt im Lande in der Lage ist, das Material von übertragbaren Krankheiten einer Untersuchungsanstalt zu senden und dort sicher untersuchen zu lassen. Auf diese Weise sind wir dahin gekommen, über jeden Fall einer übertragbaren Krankheit, vor allen Dingen über Fälle einer gemeingefährlichen Krankheit, wie Aussatz, Cholera, Fleckfieber, binnen kürzester Frist zuverlässige Auskunft zu erteilen. Wir werden davon telegraphisch benachrichtigt und können unverzüglich die notwendigen Maßregeln ergreifen.

Ich möchte weiter daran erinnern, daß es durch diese Institute möglich geworden ist, einen großen Stab von Aerzten, namentlich von beamteten Aerzten in der Stellung der bakteriologischen Diagnose zu unterrichten. Die Mehrzahl dieser Aerzte ist bei Ausbruch des Krieges in den Dienst des Heeres eingetreten. Die Armee ist infolgedessen in der Lage gewesen, ihre Korps- und Armeekommandos mit Personal zur Feststellung der ersten Fälle und erstklassigen Hygienikern auszurüsten. So ist es möglich, daß auch auf den entferntesten Kriegsschauplätzen jeder Fall von Cholera, Fleckfieber, Pocken usw. festgestellt und unschädlich gemacht werden konnte.

Ein weiteres Geheimnis des Erfolges, welcher erreicht worden ist, ist das innige Zusammenarbeiten zwischen der Militär- und der Zivilmedizinalverwaltung, das schon im Frieden seit einer ganzen Reihe von Jahren bestanden hat, und das während des Krieges in einer ersprießlichen Weise durchgehalten hat. Wir werden fortwährend von der Armee mit Nachrichten über sämtliche Erkrankungen und Todesfälle von gemeingefährlichen Krankheiten unterrichtet und sind unsererseits gehalten, die Armee von den Fällen, die in der Zivilbevölkerung vorkommen, zu unterrichten. Durch dieses Handinhandarbeiten ist es unmöglich, daß sich an irgend einem Punkte eine schwere Seuche festsetzt. Ich darf daran erinnern, daß bei Ausbruch des Krieges zwei schwere Seuchen im Osten vorhanden waren, die Cholera und das Fleckfieber. Die Cholera hat bekanntlich in früheren Kriegen kolossale Verheerungen angerichtet; im Jahre 1866 ist das auch in unserer Armee der Fall gewesen. In diesem Kriege haben wir in der ganzen Armee nicht mehr als 300 Todesfälle an Cholera gehabt, und aus der Armee hat ein so verschwindend geringer Abfluß von Cholera in die Zivilbevölkerung stattgefunden, daß wir im ganzen preußischen Staat nicht mehr als 41 Choleraerkrankungen gehabt haben. Jeder dieser Fälle konnte durch sofortige Anordnung der erforderlichen Maßnahmen unschädlich gemacht werden.

Was das Fleckfieber betrifft — der Abgeordnete Dr. Mugdan hatte schon die Güte auszuführen, welch kolossale Verheerungen es in früheren Kriegen angerichtet hat; ich erinnere z. B. an den Krimkrieg von 1853/55 —, so hat dieser Krieg in der Bekämpfung dieser Krankheit einen außerordentlichen Fortschritt gezeitigt. Das Fleckfieber gehört noch zu denjenigen Krankheiten, deren Erreger wir nicht kennen. Wir wußten zwar, daß es übertragbar ist, aber nicht, in welcher Weise die Uebertragung zustande kommt. Jetzt sind wir dem Erreger der Krankheit auf die Spur gekommen, und vor allem haben

wir mit Sicherheit feststellen können, daß die Uebertragung nur von Person zu Person durch Ungeziefer, und zwar durch Kleiderläuse stattfindet. Schon früher war es aufgefallen, daß in Gegenden, wo eine große Reinlichkeit herrschte, eingeschleppte Fälle von Fleckfieber überhaupt nicht Fuß fassen konnten. Die neuere Erkenntnis hat dazu geführt, daß überall dort, wo das Fleckfieber in größerer Ausdehnung eingeschleppt worden war, namentlich in den Gefangenenlagern, Einrichtungen getroffen worden sind, um die ganze Belegung eines solchen Lagers in wenigen Tagen von den Läusen befreien zu können. Seitdem das energisch durchgeführt worden ist, ist das Fleckfieber vollkommen erloschen. Unsere Ostgrenze ist seitens der Armee mit einer Kette großartiger Sanierungsanstalten besetzt worden, in denen die Entlausung ganzer Armeekorps in kürzester Frist durchgeführt werden kann.

Ich möchte noch auf einen weiteren großen Fortschritt hinweisen, welcher in der letzten Zeit gemacht worden ist. Sie haben wohl gehört, daß schon vor einer Reihe von Jahren der Versuch gemacht worden ist, Schutzimpfungen einzuführen, gegenüber den für die Heere besonders gefährlichen Krankheiten Cholera und Typhus. Daß es gelungen ist, der Pocken Herr zu werden durch die Durchführung der Schutzpockenimpfung, ist ja seit langem bekannt. Es ist aber zuerst im Feldzuge in Deutsch-Südwest-Afrika der Versuch gemacht worden, unsere Truppen durch systematische Durchführung von Schutzimpfungen vor Typhus zu bewahren. Damals war der Erfolg noch nicht so glänzend. In diesem Kriege aber haben wir sofort nach Ausbruch des Krieges sämtliche bakteriologische Institute zur Verfügung gestellt, um in ihnen die enormen Mengen von Schutzstoffen herzustellen, die erforderlich waren, um unsere Millionenheere gegen Typhus und Cholera zu impfen. Was das bedeutet, mögen Sie daraus entnehmen, daß die Armee zu diesem Zwecke während des letzten Feldzuges mehr als 26 Kubikmeter Typhusimpfstoff und 29 Kubikmeter Choleraimpfstoff zur Verwendung gebracht hat. Sämtliche Mannschaften sind dreimal gegen Typhus und zweimal gegen Cholera geimpft worden. Die Folge davon ist gewesen, daß die Cholera, wie ich schon sagte, im Heere so gut wie gar nicht hat haften können, und daß die Typhuserkrankungen, welche im Herbst 1914 namentlich im Westen in unserer Armee in ziemlicher Ausdehnung aufgetreten waren, sehr bald wie abgeschnitten waren. Gegenwärtig spielt der Typhus im Heere gar keine Rolle mehr. Das wird uns dahin führen müssen, zur Verhütung von Epidemien im Lande künftig, soweit erforderlich, auch die Zivilbevölkerung derartigen Impfungen zuzuführen; namentlich kommt in Betracht — worauf von uns schon amtlich hingewiesen worden ist —, das Aerzte- und Pflegepersonal in Krankenhäusern gegen diese Krankheiten zu immunisieren. Schon bei Ausbruch des Krieges hat der Herr Chef des Feldsanitätswesens angeordnet, daß sämtliche Aerzte und Krankenpflegerinnen, welche auf den Kriegsschauplatz gehen, gegen Cholera, Pocken und Typhus geimpft worden sind, und das ist mit ausgezeichnetem Erfolge geschehen.

Uebrigens haben unsere Institute der Armee auch den erforderlichen Impfstoff zur Durchführung der Schutzpockenimpfung liefern können, nachdem sie in den letzten 10 Jahren vor Ausbruch des Krieges dazu eingerichtet worden waren.

Wenn wir auf diese schönen Erfolge zurückblicken, dürfen wir überzeugt sein, daß wir, wie lange der Krieg auch dauern möge, auch in Zukunft vor Seuchen bewahrt bleiben werden, wenn in derselben Weise wie bisher Zivil- und Militärverwaltung Hand in Hand weiter arbeiten und die notwendigen Maßregeln durchführen.

Es ist eine weitere Reihe von Fragen an uns gerichtet worden, auf die ich mit wenigen Worten eingehen möchte. Es ist seitens der Herrn Abgeordneten Faßbender hervorgehoben worden, daß die Tuberkulose noch immer eine große Ausdehnung im Lande hat. Das ist leider der Eall. Obwohl die Tuberkulose in den letzten 30 Jahren wesentlich zurückgegangen ist, sterben in Preußen noch immer jährlich etwa 51 000 Menschen an Tuberkulose. Wenn wir uns vorstellen, daß wir gegenwärtig in der Zeit eines so schweren Geburtenrückganges sind, wenn wir uns weiter vorstellen, welche Schädigungen an Gesundheit, Arbeitskraft und Lebensglück die so eminent chronisch verlaufende Tuberkulose nicht nur für die Kranken, sondern für ihre ganze Familie mit sich führt, so liegt es auf der Hand, daß es die Pflicht der Medizinal-

verwaltung und aller derjenigen ist, die für die Gesundheit des Volkes verantwortlich sind, schon jetzt, besonders aber nach dem Kriege mit noch größerer Energie als bisher gegen die Tuberkulose vorzugehen. Es ist darauf hingewiesen worden, daß die Tuberkulose eine Wohnungskrankheit ist. Sie ist vor allem eine Familienkrankheit. Es kommt darauf an, so bald wie möglich diejenigen, die man als tuberkulös erkannt hat, aus dem Schoße der Familie herauszuschaffen und in Verhältnisse zu bringen, in denen sie ihre Gesundheit wiedererlangen können. Es kommt aber fast mehr noch darauf an, ihre Umgebung vor Erkrankung zu bewahren. Ich darf darauf hinweisen, daß sofort nach Ausbruch des Krieges Ihre Majestät die Kaiserin und Königin auf unsere Bitte die Gnade gehabt hat, das Deutsche Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose aufzurufen, den Kampf gegen die Tuberkulose während des Krieges nicht zu unterbrechen. Alle Beteiligten haben sich angelegen sein lassen, dieser Allerhöchsten Willensmeinung nachdrücklich Folge zu geben. Ich darf hinzufügen, daß mit auf unsere Veranlassung hin die im Lande vorhandenen Lungenheilstätten, Auskunfts- und Fürsorgestellen ihre Einrichtungen in vollem Betriebe aufrechterhalten und ihre segensreiche Tätigkeit fortgesetzt haben trotz aller Unruhe des Krieges. (Bravo!) Ich darf besonders hervorheben, daß das Rote Kreuz, das ja so vieles Gute gestiftet hat, auch hierfür namhafte Mittel zur Verfügung gestellt hat.

Denselben Aufruf hat Ihre Majestät die Kaiserin und Königin auch ergehen lassen bezüglich der **Säuglingssterblichkeit.** Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wird für uns künftig noch eine viel grössere Bedeutung bekommen, als sie bisher schon gehabt hat. Wenn früher von je vier Kindern, die geboren wurden, eins im ersten Lebensjahre starb, so ist das erfreulicherweise nicht mehr der Fall. Die Säuglingssterblichkeit ist in Preußen jetzt weit geringer, als sie noch vor 14 Jahren gewesen ist. Immerhin ist sie auch jetzt noch viel zu hoch, namentlich auf dem Lande und unter den unehelichen Kindern. Auf diesem Gebiete muß noch viel mehr geschehen. Aber die Erfolge, die schon erzielt worden sind, geben eine gute Verheißung für die Zukunft, wenn wir nur mit Umsicht und Energie zugreifen. Ich möchte hier noch auf eins hinweisen, was die Bedeutung gerade dieser Frage besonders zu unterstreichen geeignet ist:

M. H., unter den Kindern, die im ersten Lebensjahre, meist schon wenige Wochen nach ihrer Geburt, sterben, befinden sich in Preußen nicht weniger als 40000, die an sogenannter angeborener Lebensschwäche zugrunde gehen. (Abg. Adolph Hoffmann: Hört, hört!) M. H., für jeden Kenner der Verhältnisse ist es zweifellos, daß die Mehrzahl dieser Kinder an angeborener Syphilis zugrunde geht. Deshalb ist es die Pflicht der Medizinalverwaltung — und wir sind uns dieser Pflicht vollauf bewußt — gegenwärtig in einen verzweifelten Kampf gegen die **übertragbaren Geschlechtskrankheiten** einzutreten. (Bravo!) Die übertragbaren Geschlechtskrankheiten sind einer der drei apokalyptischen Reiter, die Tod und Verzweiflung um sich verbreitend durch die Welt ziehen. Vielfach werden die übertragbaren Geschlechtskrankheiten in gewissen Kreisen spöttisch behandelt, als wäre das nichts. Allein nichts ist verderblicher für das Volksleben und Volksglück, als die übertragbaren Geschlechtskrankheiten. Das gilt namentlich von der Syphilis, weil die meisten Menschen, die von dieser Krankheit befallen werden, sich ihrer Schwere gar nicht bewußt werden, und weil die davon Betroffenen sie häufig als eine quantité négligeable betrachten, nicht rechtzeitig das Erforderliche dagegen tun. Sie ist aber das Furchtbarste, was man sich für einen Menschen vorstellen kann, weil sie nicht nur ihn selbst, sondern seine ganze Familie gefährdet, und es ist im Interesse des ganzen Volkes notwendig, alles zu tun, was möglich ist, um diese furchtbare Krankheit zu bekämpfen. Es ist mit Dank anzuerkennen, daß nach der Okkupation von Belgien der Herr Generalgouverneur diejenigen Herren, die sich mit diesen Dingen amtlich zu beschäftigen haben, die Herren Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamts, des Reichsversicherungsamts, der Versicherungsanstalt für Angestellte und auch mich nach Belgien gebeten hat, um diese Frage eingehend zu erörtern. Wir haben schon seit Jahren in Preußen die Hände nicht in den Schoß gelegt. Schon durch Erlaß vom 11. Dezember 1907 ist die Bekämpfung der Prostitution neu geregelt worden. Aber der Herr Minister hat uns beauftragt, die Sache

jetzt mit erneuter Energie in Angriff zu nehmen, den Quellen der übertragbaren Geschlechtskrankheiten nachzugehen und sie womöglich zu verstopfen. Die Hauptquelle der übertragbaren Geschlechtskrankheiten ist die Prostitution, namentlich diejenige, die im geheimen schleicht. In allen größeren Städten gibt es leider viele, viele Tausende von Mädchen, die sich der Prostitution ergeben. Sie in Verhältnisse zu bringen, daß sie gesund werden und weder moralisch noch wirtschaftlich zugrunde gehen, vor allem aber sie in Verhältnisse bringen, die sie davor bewahren, andere Leute anzustecken, ist unsere Aufgabe. Wie das zu geschehen hat, darüber finden gegenwärtig eingehende Verhandlungen statt.

H. Abg. Faßbender hat hervorgehoben, daß von den Landesversicherungsanstalten Beratungsstellen eingerichtet werden, um die aus dem Felde Heimkehrenden über übertragbare Geschlechtskrankheiten zu belehren. Dieser Weg ist außerordentlich glücklich. Auch die Medizinalverwaltung wird sich mit den großen Kommunen in Verbindung setzen und sehen, daß sie womöglich an allen Orten, wo eine Prostitution besteht, derartige Einrichtungen schaffen. Auch werden wir versuchen, die ganze Ueberwachung der Prostitution vom polizeilichen auf den ärztlichen Boden hinüberzuleiten.

Es gibt viele **sozialmedizinische** Aufgaben, deren Lösung vielleicht neue Wege erfordert. Wir werden vielleicht den Weg gehen können, für den bereits Anfänge vorliegen. Wir haben in diesem gewaltigen Kriege nicht nur so viele Männer freudig hinausgehen und für das Vaterland kämpfen sehen, wir haben auch gesehen, daß unsere weibliche Jugend mit Hingebung und Freude hinausgegangen ist, um sich in den Dienst der Verwundeten und Kranken zu stellen. Wenn der Friede kommt, sind viele von ihnen nicht mehr in der Lage, in dieser schönen Weise helfen zu können. Es wird möglich sein, dafür zu sorgen, daß dann für diese jungen Damen andere schöne und große Aufgaben erwachsen. Sie können in den Dienst der sozialen Medizin eintreten. Es ist ihnen vielleicht bekannt, daß die Stadt Cöln eine Schule errichtet hat, in der junge Mädchen einen längeren Kursus durchmachen in der Säuglingspflege, der Tuberkulosebehandlung und der gesamten sozialen Fürsorge. Wir werden sehen müssen, daß auch in anderen Orten ähnliche Einrichtungen getroffen werden, um so die Kraft und Hingebung unserer Jugend für Aufgaben der Allgemeinheit nutzbar zu machen. Denn es ist zweifellos, daß auf diesem Gebiete noch viel mehr geschehen kann als bisher. Jede Stadt, jede Landgemeinde muß auf diesem Gebiete tatkräftig vorgehen, wenn unsere Volkskraft erhalten werden soll.

Ob wir nicht bald dahin kommen müssen, das **Seuchengesetz** einer Revision zu unterziehen, will ich nur kurz streifen. H. Abg. Faßbender hat angeregt, die Anzeigepflicht für die Tuberkulose einzuführen. Diejenigen von Ihnen, die die Beratung des preußischen Seuchengesetzes mitgemacht haben, werden sich entsinnen, daß damals in dem Gesetzentwurf die Anzeigepflicht für Tuberkulose gestanden hat; damals hat sich der Landtag nicht auf diesen Boden stellen können. Vielleicht geschieht es in der Folgezeit, es wäre in der Tat dringend zu wünschen. Die Gefahr der Tuberkulose ist ja zu groß, als daß wir ihr weiter mit verschränkten Armen gegenüberstehen dürfen. Dagegen glaube ich mit H. Abg. Faßbender es ablehnen zu müssen, eine Anzeigepflicht für übertragbare Geschlechtskrankheiten einzuführen; denn das würde zur Verheimlichung und damit zur Vermehrung dieser Krankheiten führen; auch würde dann Denunziationen und Erpressungen aller Art Tür und Tor geöffnet werden. Das müssen wir meines Erachtens verhindern.

Was den Antrag 89 anbetrifft, der sich auf das Verbot der **Empfängnis verhütenden Mittel** bezieht, so glaube ich, daß man diesen Weg wird beschreiten müssen, vorausgesetzt — und darauf muß Wert gelegt werden —, daß dabei nicht diejenigen Mittel getoffen werden, die die Verbreitung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten verhindern sollen. In dieser Beziehung wird der Antrag in der Kommission, der er ja überwiesen werden muß, eingehend beraten werden müssen.

Damit möchte ich schließen. Wie H. Abg. Dr. Mugdan ausgeführt hat: Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß schon jetzt, jedenfalls aber nach dem Frieden, für die Medizinalverwaltung eine große Anzahl von großen Aufgaben erwachsen wird, die dazu beitragen sollen, die Gesundheit unseres Volkes zu erhalten und zu fördern. In dieser Beziehung wird vieles zu tun

sein. Sie dürfen überzeugt sein, daß wir es nicht an uns fehlen lassen werden. Nur an eins will ich noch erinnern: Wir werden in allernächster Zeit eine Frage prüfen, deren Lösung unsere Jugend besonders stärken und fördern soll, nämlich die Frage, ob und inwieweit es möglich sein wird, in allen Schulen eine **schulärztliche Ueberwachung** durchzuführen. Hierüber sind schon Verhandlungen mit den beteiligten Ressorts eingeleitet. Aber auch darüber hinaus muß alles geschehen, um für unsere Jugend, unser kostbarstes Besitztum, zu sorgen. (Lebhafter Beifall.)

Abg. **Hirsch**-Berlin (Soz.): Bei der Förderung aller **Maßnahmen zur Hebung der Volksgesundheit** handelt es sich nach der Ueberzeugung meiner politischen Freunde um eine Angelegenheit, an der alle Kreise des Volkes in gleicher Weise interessiert sind, um eine Frage, an deren Lösung mitzuwirken eine wirklich vaterländische Pflicht im ureigensten Sinne des Wortes ist. Wir sind mit dem H. Minister der Ansicht, daß diese Frage gerade jetzt besonders dringlich ist, gerade jetzt, wo tausende und abertausende der kräftigsten Elemente in der Blüte der Jahre dahingerafft werden, wo andere tausende zurückkehren von schwerem Siechtum befallen. Gerade jetzt müssen wir uns mit doppeltem Ernst und mit doppeltem Eifer der Lösung einer so ernsten Aufgabe widmen. (Sehr wahr!)

Wenn wir Erfolge erringen wollen, dann ist es notwendig, den Kampf gegen die Volksseuchen planmäßig zu führen, sowohl den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, als auch den gegen die Tuberkulose, gegen die Geschlechtskrankheiten und gegen den Alkoholismus.

Ganz besonders ernst ist die Frage des **Geburtenrückganges**, bei dessen Ursachen man die sozialen Momente nicht unterschätzen darf. Die Ursachen des Geburtenrückganges wurzeln tief in unseren wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen. Zweifellos ist das Einkommen der Masse der Bevölkerung seit 30 Jahren gestiegen, anderseits sind aber auch die Kosten der Lebenshaltung gewachsen. Dazu kommt nicht nur bei den Arbeitern, sondern auch bei den gering besoldeten Beamten noch ein anderes Moment. Die Leute sagen sich nicht mit Unrecht: wir sind wohl in der Lage, zwei oder drei Kinder anständig zu ernähren und sie so aufzuziehen, daß es ihnen einmal leichter möglich ist, durchs Leben zu kommen, als uns, aber wir sind nicht in der Lage, sechs oder noch mehr Kinder aufzuziehen, da sie dann sicher ins Proletariat hinabsinken. (Sehr wahr! bei den Sozialdemokraten.) Um den Kindern also den Kampf ums Dasein zu erleichtern, wird die Kindererzeugung künstlich eingeschränkt. Für die Einschränkung der Kindererzeugung in gewissen besitzenden Kreisen bilden dagegen Bequemlichkeit, Eitelkeit der Frau tatsächlich die Hauptursache dieser betrüblichen Erscheinung. (Sehr wahr! bei den Sozialdemokraten.) Dagegen werden wir schwerlich etwas ausrichten können. Bei den Arbeiterfrauen spielt auch die Notwendigkeit, zu arbeiten und mitzuverdienen eine Hauptrolle. Hiergegen gibt es ein sehr einfaches Mittel zur Abhilfe: man sorge dafür, daß der Verdienst der Männer sich hebt. (Sehr wahr! bei den Sozialdemokraten.) Durch den Antrag der Haushaltskommission wird eine Besserung auf diesem Gebiete nicht erzielt werden; deshalb werde die Partei des Redners ebenso dagegen stimmen, wie gegen den Antrag der fortschrittlichen Volkspartei. Nach dem Kriege wird man voraussichtlich sowohl mit einer Zunahme der Frauenarbeit als mit einer Steigerung der Lebensmittelpreise und der Wohnungsnot, namentlich in den Großstädten, zu rechnen haben; deshalb muß mehr Sozialpolitik getrieben werden, und zwar nicht erst nach dem Kriege, sondern schon jetzt während des Krieges. Hierher gehört auch die Frage der **Gewährung des Koalitionsrechts an das Krankenpflegepersonal,** die auch die Partei des Redners fordere. Desgleichen sei sie mit dem Antrag der Kommission betreffs **Unterstützung des Bezirkshebammenwesens** ebenso einverstanden, wie mit der Forderung einer reichsgesetzlichen **Regelung des Haltekinderwesens,** dessen Ueberwachung aber nicht Polizeibeamten, sondern erfahrenen Frauen übertragen werden müsse.

Auch betreffs der **Wohnungsfrage** sei eine reichsgesetzliche Regelung vorzuziehen, bei der namentlich die Wohnungsinspektion anders und besser geregelt werde, als in dem preußischen Entwurf. Gegen den Antrag, daß Gemeinden, die **Säuglingsfürsorgestellen** errichtet haben, nach Maßgabe

ihrer Leissungen hierzu eine Beihilfe zu gewähren, wird wohl von keiner Seite Bedenken erhoben werden. Die Kostenfrage kann hier auch nicht ins Gewicht fallen, zumal sich die Säuglingsfürsorgestellen, die bereits in einer großen Reihe von Gemeinden seit Jahren bestehen, durchweg bewährt haben. Auch gegen die Forderung, daß die jetzt durch die **Reichswochenhilfe** gewährten Leistungen Regelleistungen der Krankenversicherung werden, kann jemand, der ernsthaft Sozialpolitik treiben will, um so weniger Einwendungen erheben, als sich tatsächlich die Reichswochenhilfe gut bewährt hat und sehr wesentlich dazu beigetragen hat, die Stillfähigkeit der Frauen zu fördern. Man sollte aber nicht die ganze Last der dadurch entstehenden Kosten den Krankenkassen auflegen, sonden von seiten des Reiches eine Beihilfe gewähren.

Durch den Krieg scheint leider eine Zunahme der **Säuglingssterblichkeit** eingetreten zu sein (nach Ansicht des H. Dr. Rott in Preußen im dritten Quartal 1914, also im ersten Kriegsvierteljahr, gegenüber dem Vorjahre von 170,58 auf 242,52 ‰, also um 71,96, und zwar in den Städten um 78,31 ‰, auf dem platten Lande um 67,32 ‰) (Hört, hört! bei den Sozialdemokraten); es ist deshalb dringend nötig, die wirtschaftliche Lage der Frauen zu bessern, um sie in den Stand zu setzen, selbst ihre Kinder zu stillen. Dazu bedarf es aber eines größeren Schutzes sowohl der Schwangeren als der Wöchnerinnen und Stillenden. Auch hierzu muß der Staat den Gemeinden Beihilfen gewähren. Man darf sich ferner nicht mit der Fürsorge für die Säuglinge begnügen, sondern muß auch für die Kinder, die **im vorschulpflichtigen Alter** stehen, sorgen. Für die Kinder im **schulpflichtigen Alter** haben wir in einem großen Teile Preußens erfreulicherweise Schulärzte. Es würde einen sehr erheblichen Fortschritt bedeuten, wenn das überall geschehe und den Schulärzten auch die Befugnisse eingeräumt würden, da, wo die Eltern keinen Arzt nehmen können, die Kinder zu behandeln. (Sehr richtig! bei den Sozialdemokraten.) Leider hat der Krieg vielfach eine Schwächung des **Gesundheitszustandes der Schulkinder** herbeigeführt; sie sind sowohl im Wachstum, als auch in der Gewichtszunahme zurückgeblieben. Wir werden abzuwarten haben, ob weitere Schädigungen zu verzeichnen sind; jedenfalls sollte man den Kindern nicht eines falschen Patriotismus, der Brotersparnis wegen das zweite Frühstück enthalten.

In Uebereinstimmung mit der Regierung und allen anderen Parteien fordert Redner weiter, daß der **Kampf gegen die Tuberkulose** nach dem Kriege mit frischen Kräften aufgenommen werden muß und selbstverständlich auch während des Krieges nicht eingestellt werden darf.

Das Gleiche gilt für den Kampf gegen die **Geschlechtskrankheiten**, bei denen die Gefahr einer erheblichen Zunahme zu erwarten steht. Die von den Landesversicherungsanstalten beabsichtigte Errichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke wird sicherlich viel Gutes schaffen können; es bedarf jedoch, damit diese Beratungsstellen von den Kranken aufgesucht werden, noch einer großen Aufklärung über die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten und eines zielbewußten Handinhandarbeitens mit allen den Organisationen, die den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten auf ihre Fahne geschrieben haben.

Eine wirksame Bekämpfung des **Alkoholismus** ist nur von einer Hebung der sozialen Lage des Volkes zu erwarten. Die Erfahrung lehrt, daß da, wo die Arbeitszeit verkürzt ist, und da, wo für gute Wohnungen gesorgt ist, der Konsum alkoholischer Getränke ganz gewaltig abgenommen hat. Auch sollten die höheren Schichten den unteren mit einem guten Beispiel vorangehen. (Sehr wahr! bei den Sozialdemokraten.) Die erzieherische Arbeit der Arbeiterorganisationen hat hier schon große Erfolge erzielt und wird auch in Zukunft ihre Tätigkeit auf diesem Gebiete weiter entfalten. Genau so, wie die Arbeiterorganisationen während des Krieges tätig gewesen sind, um das wirtschaftliche Leben aufrecht zu erhalten, genau so, wie sie nach dem Kriege bereit sein werden, an der Beseitigung der wirtschaftlichen Schäden mitzuarbeiten, genau so werden sie bereit sein, an der Gesundung des Volkes mitzuarbeiten. Sie werden das ihrige dazu beitragen, daß die kommende Generation, hoffentlich ungestört von äußeren elementaren Ereignissen, sich friedlicher Kulturarbeit widmen kann, zum Segen des eigenen Volkes und der gesamten Menschheit. (Beifall bei den Sozialdemokraten.)

Abg. Dr. **Wagner**-Breslau (freikons.) erklärt zunächst, daß seine Partei mit den Anträgen betreffs reichsgesetzlicher Regelung des **Haltekinderwesens** und des **Wohnungswesens** einverstanden sei.

Auch der Forderung betreffs Unterstützung leistungsschwacher Gemeinden, um die **Säuglingsfürsorge** zweckmäßig auf der Höhe ihrer Leistungen zu erhalten, stimme seine Partei bei, sie sei jedoch der Ansicht, daß dazu aus dem sogenannten Zweihundert-Millionen-Fonds wohl auch ohne einen Nachtragsetat Mittel flüssig gemacht werden könnten.

Eine besondere Berücksichtigung verdient der Antrag, die **Reichswochenhilfe** zu einer dauernden Institution zu machen. Durch den Antrag soll jetzt das erreicht werden, was bei der Verabschiedung der Reichs-Versicherungsordnung zu erreichen nicht möglich war, nämlich eine bessere Ausgestaltung der Säuglingsfürsorge und ein ausgedehnter Mutterschutz. Zweifellos soll man alle Bestrebungen, durch Verbesserung der Lage der Mütter die Bevölkerungszunahme wieder zu fördern, wirksam unterstützen; es ist deshalb nur zu wünschen, daß sich der Reichstag und die Reichsregierung entschließen, dieser während des Krieges getroffenen Ausdehnung dauernd zuzustimmen; damit würde ein großer Teil der Bestrebungen zur Herbeiführung einer reichsgesetzlichen Schaffung der Mutterschaftsversicherung im großen Umfange gedeckt sein.

Der **Geburtenrückgang** ist eine höchst bedauerliche Erscheinung. Nach einer Mitteilung im Reichstage beträgt die durchschnittliche Kinderzahl in den Familien der Postunterbeamten nur 1,82, noch viel ungünstiger stellte sich dies Verhältnis für die Beamten eines großen industriellen Unternehmens, zu denen nicht nur kaufmännische und technische Beamten, sondern auch Werkmeister, also sogenannte gehobene Arbeiter gehören. Hier beträgt die Kinderzahl nach den angestellten Erhebungen nur 1,12, also nicht vielmehr als ein Kind! Und das sind alles Leute, von denen nicht gesagt werden kann, daß sie mit der Not des Lebens im vollen Umfange kämpfen. Das sind Zahlen, die beweiskräftig genug sind, um jede Bestrebung zu unterstützen und zu fördern, die dem drohenden Geburtenrückgang entgegenzuwirken strebt. In dieser Beziehung verdient der Hirtenbrief der deutschen Bischöfe von 1913, der sich dieser Frage mit großem Ernst angenommen hat, eine besondere Anerkennung, seinem Inhalt können auch Angehörige anderer Konfessionen zustimmen. (Sehr richtig! rechts.) Ob nach dem Kriege eine erhebliche Zunahme der Kinderzahl stattfinden wird, wie nach dem Kriege von 1870/71 erscheint sehr zweifelhaft, jedenfalls wird es nicht ausreichen, um die großen Verluste von Menschen im Kriege zu decken. Vielleicht werden wir uns auch entschließen müssen, das Recht der **unehelichen Kinder** einer Revision zu unterziehen, um dadurch ihre wesentlich höhere Sterblichkeit zu beseitigen. Jedenfalls könnten wir nach dem Vorgang Friedrichs des Großen auch für die unehelichen Kinder etwas mehr tun als bisher geschehen ist.

Nachdem Redner sodann noch die Ausführungen in der Politisch-Anthropologischen Monatsschrift (Februarheft d. J.) von Frau v. Rosen-Fabricius über die **Ursachen des Geburtenrückganges** als zutreffend erwähnt und einige markante Sätze daraus mitgeteilt hat, erklärte er, daß seine Partei für den Antrag der fortschrittlichen Volkspartei stimmen werde, da dieser bestimmter gefaßt sei, als der der Kommission; sie wünsche hier nur einen Zusatz, wonach das Anbieten usw. der zur Verhütung der Empfängnis bestimmten Gegenstände nicht bloß zu beschränken, sondern auch zu untersagen ist.

Den Bestrebungen, im Rahmen der Reichsversicherungsordnung die Verhütung der **Geschlechtskrankheiten** durch die Schaffung von Beratungsstellen und vor allem durch die Uebernahme des Heilverfahrens zu fördern, kann man nur zustimmen. In dieser Hinsicht verdient ein Aufsatz des Präsidenten des Reichsversicherungsamtes: „Neue Wege zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" die weiteste Verbreitung, denn er eröffnet uns die Möglichkeit, sehr wirksam in den weitesten Volkskreisen diesen traurigen Erscheinungen entgegenzuarbeiten, um auch auf diese Weise der Bekämpfung des Geburtenrückganges zu dienen.

Betreffs der Frage, ob mit dem Geburtenrückgang eine **Verschlechterung der Rasse** verbunden sein könnte, dürfte auch jetzt noch die Ansicht des Anatomen und Zoologen Karl Vogt, der in seinen Reisebriefen „Ozean und Mittelmeer" 1848 Bd. II S. 203 geäußert hat, zutreffend sein: „Es sind die

Weiber, welche die Rasse erhalten, die in Körper und Geist den Typus des Volksstammes am längsten bewahren und darum gleichsam den Spiegel der Zukunft und der Vergangenheit bilden, die einem Volke beschieden sind. Findest Du einen Volksstamm, der schöne Weiber, aber im Durchschnitt häßliche, schlechtgebildete Männer hat, so kannst Du mit Sicherheit behaupten, daß derselbe schon längst seinen Kulminationspunkt überschritten hat und dem Untergange entgegengeht." Wir sind ja alle gleichmäßig sachverständig, diesen Merkmalen des bekannten Anatomen und Zoologen nachzugehen (Heiterkeit) und werden auf Grund ihrer Forschungen sicher zu dem Schluß kommen, daß wir diesen Kulminationspunkt längst nicht erreicht haben, und daß die gesetzlichen Maßnahmen, zu denen wir uns in Behandlung dieser Fragen entschließen wollen, auch von der allerwohltätigsten Wirkung begleitet sein werden für die Vermehrung und Ertüchtigung unseres gesamten deutschen Volkes! (Lebhafter Beifall.)

Es folgte hierauf die **Abstimmung** über die vorliegenden Anträge. Dabei wurde zunächst der Antrag der fortschrittlichen Volkspartei[1]) und **hierauf die Anträge Nr. 1 und 2 der verstärkten Staatshaushalts-Kommission** (s. S. 116 und 117) angenommen.

Ohne Widerspruch wurde dann der Antrag der Abgg. Aronsohn und Genossen betreffend das **Haltekinderwesen:**

> „die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, auf eine reichsgesetzliche Regelung des Haltekinderwesens einzuwirken, durch welche eine einwandsfreie Pflege der Haltekinder und eine Beaufsichtigung der Ziehmutter gewährleistet wird,"

sodann der Antrag betreffend die Vorlegung eines **Wohnungsgesetzes:**

> „die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, sofern nicht alsbald eine reichsgesetzliche Regelung des Wohnungswesens erfolgt, dem Landtage einen Entwurf des Wohnungsgesetzes zur Beschlußfassung vorzulegen,"

einstimmig angenommen und der Antrag Aronsohn und Genossen betr. die **Säuglingsfürsorge:**

> „die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, noch in dieser Session einen Nachtragsetat vorzulegen, in dem eine ausreichende Summe bereitgestellt wird, aus der Gemeinden, die Säuglingsfürsorgestellen errichtet haben, nach Maßgabe ihrer Leistungen hierfür und ihrer Leistungsfähigkeit, eine Beihilfe erhalten,"

ebenso wie der weitere Antrag betr. die **Reichswochenhilfe** der verstärkten Staatshaushalts-Kommission überwiesen:

> „die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, zur Erzielung eines ständigen Mutter- und Säuglingschutzes beim Bundesrate zu beantragen, eine Abänderung der Reichsversicherungsordnung dem Reichstage zur Beschlußfassung vorzulegen, wodurch alle Leistungen der für die Kriegszeit eingerichteten Reichswochenhilfe Regelleistungen der Krankenversicherung werden."

Dagegen wurde der Antrag der Abgg. Faßbender und Gen. der Staatshaushalts-Kommission überwiesen.

Schließlich wurde eine Petition der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik durch Beschluß des Hauses über die Resolution der Staatshaushalts-Kommission für erledigt erklärt.

---

[1]) Er lautet: „Die Königliche Staatsregierung ist zu ersuchen, beim Bundesrat dahin zu wirken, daß er dem Reichstage möglichst bald einen Gesetzentwurf vorlegen möge, durch den der Bundesrat ermächtigt wird, das Anbieten, Feilhalten und Verkaufen von Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft oder zur Verhütung der Empfängnis bestimmt sind, zu beschränken sowie Schriften und Bücher, in denen sich ohne Verfolgung eines wissenschaftlichen Zweckes Beschreibungen und Besprechungen der antikonzeptionellen und zur Unterbrechung der Schwangerschaft geeigneten Methoden und Mittel finden, zu verbieten."

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Schulhygiene.

Ueber den Ernährungszustand der Schulanfänger im Kriegsjahr 1915. Von Dr. Gertrud Hepner-Mannheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, der Schularzt; 1915, Nr. 12.

Das Ergebnis der Untersuchungen von 500 Kindern, die Ostern 1915 eingeschult wurden, verglichen mit den Untersuchungen von 500 Kindern, die Ostern 1914 eingeschult waren und deren Untersuchungsbefund in den Personalbogen festlagen, war ein ziemlich günstiges: Das Durchschnittsgewicht bei den Mädchen war in beiden Jahren das gleiche, nämlich 19,7 kg, und höher als im Jahre 1911 (19,3 kg); die durchschnittliche Größe der Mädchen hat sogar im Kriegsjahr etwas zugenommen, nämlich von 111,6 cm auf 112,12 cm. Nicht ganz so günstig liegen die Verhältnisse bei den Knaben; das durchschnittliche Gewicht ging von 20,68 kg auf 19,93 herunter, die durchschnittliche Größe ist fast gleich geblieben (112,6 cm), der Prozentsatz der Knaben mit schlechtem Ernährungszustand ging von 12 auf 16 Proz. herauf. Die Gründe für den etwas schlechteren Ernährungszustand der Knaben sind wohl in der größeren Bewegungsfreiheit infolge Abwesenheit der Väter zu finden.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber das Sehen mit einem Auge. Von Max Lobsien-Kiel. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1915, Nr. 10—12.

Die Untersuchungen beziehen sich darauf, festzustellen, inwiefern das einäugige Sehen sich von dem gewöhnlichen unterscheidet, und zwar gegenüber den einfachsten Vorgängen beim Zeichnen und Schreiben. Diese Frage ist vielleicht für die Schüler in unseren Lehranstalten von nicht allzugroßer Wichtigkeit, da die Anzahl derer, die nur auf die Benutzung eines Auges angewiesen sind, in den Schulen sehr gering ist. Von um so größere Bedeutung ist jedenfalls die Angelegenheit in der jetzigen Zeit mit Bezug auf die nicht geringe Zahl derjenigen Krieger, die das Augenlicht auf einer Seite eingebüßt haben.

Die Ergebnisse der sorgfältigen Untersuchungen lassen sich folgendermaßen zusammenziehen.

Hinsichtlich des Zeichnens ist festzustellen, daß

1. das Augenmaß unter Beobachtung mit beiden Augen dem einseitigen Sehen gegenüber weit überlegen ist,
2. das Winkelschätzen bei einäugigem Sehen im allgemeinen unter einem größeren Fehlerwert geschieht, obwohl die Winkel von 30, 40 und 60° bei einäugigem Schätzen jeweils besser gelingen,
3. das perspektivische Sehen als solches durch das einäugige Sehen in keiner Weise gefährdet wird,
4. die Tiefenschätzung unter Benutzung beider Augen mit tadelloser Sicherheit und Genauigkeit gelingt, mit dem linken, besonders aber mit dem rechten Auge allein mit einem ziemlich großen Fehlerwert behaftet ist.

Was das Schreiben anlangt, so ist zu beobachten, daß

1. die Zeit, die zur Ausführung der Schreibarbeit benötigt wird, bei einäugigem Sehen zumeist länger ist, als bei der gewöhnlichen Art zu schreiben,
2. die Zeilenlage bei einäugigem Sehen unverändert ist,
3. die Buchstaben bei nicht beidäugigem Sehen meist steiler stehen und
4. bei gewöhnlicher Schreibweise kleiner sind,
5. der Buchstabenabstand bei einäugigem Sehen kleiner ist,
6. der Schreibdruck bei einäugigem Schreiben stärker ist,
7. die Schrift daher zumeist besser ausfällt, als wenn mit beiden Augen gesehen wird,
8. Rechtschreibefehler häufiger vorkommen bei einäugigem Sehen und erheblich steigern bei beiderseits geschlossenen Augen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Sanitätsrat Dr. Otto Dornblüth-Wiesbaden: **Gesunde Nerven in Frieden und Krieg.** 5. Auflage. Würzburg 1916. Verlag von Curt Kabitzsch. Kl. 8°, 144 S. Preis 3 M.

Als Erscheinungen der Nervenschwäche werden die einfache Nervosität (Neurasthenie), die Hysterie und die Zwangszustände besprochen, dann in besonderen Abschnitten das Wesen, die wirklichen und vermeintlichen Ursachen, die Verhütung, die Behandlung der Nervenschwäche. Die Verhütung der Nervosität bei Erwachsenen soll sich zum Grundsatz machen: 1. vernünftig leben und richtig arbeiten; 2. das Gemüt richtig leiten. Der letzte Abschnitt „Krieg und Nerven" umfaßt nur 7 Seiten und erfüllt jedenfalls nicht die Erwartungen, die der Titel des Buches erweckt.

Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Aus dem preuss. Landtage. Dem Abgeordnetenhause ist ein Gesetzentwurf vorgelegt, durch den 100 Millionen Mark zur Erleichterung der **Ansiedlung von Kleingütern,** zumal von heimkehrenden Kriegern (Kriegeransiedelung) gefordert werden. In der Begründung heißt es, daß vor allem die Ansiedlung von Kriegsinvaliden erleichtert werden müsse; denn deren Ansiedlung, sei es in rein landwirtschaftlichen Verhältnissen, sei es in gartenmäßigen Betrieben in der nächsten Umgebung der Städte, sei eine der geeignetsten Maßnahmen, um ihre verminderte Arbeitsfähigkeit für sie selbst und die Allgemeinheit nutzbringend zu verwerten. Der Gesetzentwurf hat inzwischen die Genehmigung des Abgeordnetenhauses gefunden.

In einer von den Professoren Dr. v. Lißt und Geh. Med.-Rat Dr. Straßmann in Gemeinschaft mit Reg.-Rat Dr. Lindenau abgefaßten und den zuständigen Ministerien überreichten **Denkschrift** wird die **Errichtung eines kriminalistischen Instituts** in Berlin befürwortet. Die Verfasser schlagen vor, das kriminalistische Universitäts-Seminar, den Erkennungsdienst des Polizeipräsidiums und die mit dem Leichenschauhause räumlich verbundene Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zusammenzufassen und so mit verhältnismäßig geringen Geldaufwendungen eine Arbeitsstätte für wissenschaftliche Kriminalistik und zugleich eine moderne Bildungsstätte für strafrechtliche Praktiker zu schaffen, wie sie der jüngst verstorbene Prof. Groß in Gratz begründet hatte und leitete. Hoffentlich findet dieser ebenso beachtungswie empfehlenswerte Vorschlag die Zustimmung der zuständigen Behörden, damit in Friedenszeiten alsbald an seine Verwirklichung herangetreten werden kann.

Stillgeld bei Mehrgeburten. Das Reichsversicherungsamt hat sich nunmehr grundsätzlich dahin ausgesprochen, daß bei Zwillings- und anderen Mehrgeburten das Stillgeld mehrfach — entsprechend der Zahl der lebenden Säuglinge zu gewähren ist.

Am 1. März d. J. hat das langjährige Mitglied des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, Geh. Med.-Rat Dr. **E. Pfeiffer** in Wiesbaden, seinen **70. Geburtstag** gefeiert. Wir beglückwünschen ihn, daß seine Gesundheit, die ihm vor einer Reihe von Jahren zur Niederlegung seines Amtes als Reg.- u. Med.-Rat bei der Königlichen Regierung in Wiesbaden zwang, sich wieder recht gut gebessert und ihm infolgedessen gestattet hat, auch weiterhin eine reiche literarische Tätigkeit, namentlich als Herausgeber des vorzüglichen Jahresberichts über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, zu entfalten. Möge er sich dieser geistigen und körperlichen Frische noch recht lange erfreuen!

Todesfall. Am 27. Februar d. J. ist der Referent des Medizinalwesens des Herzogt. Meiningen, Geh. Reg.- u. Med.-Rat Prof. Dr. **Leubuscher** in Meiningen, Mitglied des Reichsgesundheitsrats, gestorben. Er hat sich große Verdienste um das Gesundheitswesen seiner engeren Heimat erworben und namentlich die

Schularztfrage geradezu in vorbildlicher Weise im Herzogtum, auch für andere Bundesstaaten, geregelt. Der Verstorbene war auch Mitbegründer und eifriges Mitglied des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und erfreute sich in weiten Kreisen infolge seiner fachmännischen Tüchtigkeit und persönlichen Liebenswürdigkeit einer außerordentlich großer Achtung und Beliebtheit. Ehre seinem Andenken!

Eine ärztlich geleitete Beratungsstelle für Geschlechtskranke ist jetzt auch von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Bremen im Einvernehmen mit der Aerzteschaft und den Krankenkassen eröffnet worden.

Badische Gesellschaft für soziale Hygiene. In Karlsruhe ist eine Badische Gesellschaft für soziale Hygiene unter dem Vorsitze des Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Hauser gegründet worden.

Am 1. und 2. Mai 1916 findet in Warschau eine **außerordentliche Tagung des Deutschen Kongresses für innere Medizin** statt. Zur Verhandlung kommen die Krankheiten, die im Kriege besondere Wichtigkeit erlangt haben; in Aussicht genommen ist die Besprechung von Abdominaltyphus, Ruhr, Fleckfieber, Cholera, Herzkrankheiten und Nephritis. Es werden nur Referate mit anschließender Besprechung gehalten; freie Vorträge sind ausgeschlossen. Zur Tagung werden zugelassen die Militär- und Zivilärzte, die dem Deutschen Reiche und den verbündeten Staaten angehören; Angehörigen neutraler und feindlicher Staaten kann der Zutritt nicht gestattet werden. Da die Tagung im besetzten Gebiete stattfindet, muß jeder Teilnehmer mit einem vorschriftsmäßigen Passe versehen sein; die dabei zu erfüllenden Bedingungen, sowie die Bestimmungen für die Anmeldung zur Teilnahme werden in der Fachpresse noch bekannt gegeben werden.

Preisausschreiben der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene. Der Einlieferungstermin für das Preisausschreiben: „Bringt materielles und soziales Aufsteigen den Familien Gefahren in rassenhygienischer Beziehung?" ist nunmehr auf den 31. Juni 1916 festgelegt. Es sind zwei Preise von 800 Mark und 400 Mark ausgesetzt. Die Bedingungen sind von der Geschäftsstelle der Gesellschaft (Ulrich-Platz in Schlachtensee-Berlin, Albrechtstraße 19/25) zu beziehen, an die auch die Einsendung der Arbeiten zu erfolgen hat.

Gegen die Zersplitterung der Kriegswohlfahrtspflege. Die Zentralstelle für Volkswohlfahrt und die Zentrale für private Fürsorge in Berlin weisen mit Recht im Verein mit den von alters her bestehenden großen Wohlfahrtsorganisationen darauf hin, daß sich allmählich auf vielen Gebieten der Wohlfahrtspflege ein Uebereifer, ein Dilettantismus breit gemacht habe, der zu den ernstesten Besorgnissen Anlaß gebe. Während der Kriegszeit sind in Groß-Berlin allein 276 neue Kriegsorganisationen ins Leben gerufen. Auf dem Gebiete der Fürsorge für in Not geratene Künstler entstanden z. B. allein 22, für gebildete Frauen fünf neue Vereine. Geradezu bedenklich erscheint die große Zahl der zugunsten der Kriegsinvaliden sowie der Kriegsblinden gegründeten Einrichtungen, deren Gesamtzahl 23 beträgt. Es ist zu befürchten, daß auf diese Weise eine planmäßige und vor allem ökonomische Arbeit nicht mehr geleistet werden kann, und daß die Kriegswohlfahrtspflege selbst dadurch empfindlichen Schaden leidet.

Invalidenversicherungspflicht freiwilliger Kriegsschwestern. Das Reichsversicherungsamt hat nach eingehenden Verhandlungen mit dem Kriegsministerium und Vertretern von Versorgungsanstalten bestimmt, daß die im Dienste der freiwilligen Krankenpflege während des Krieges tätigen Schwestern der Invalidenversicherungspflicht unterliegen.

Vertrieb der Broschüre eines Kurpfuschers durch das Zentralkomitee vom Roten Kreuz in Preußen. Der Bericht über die Sitzung der Berlin-

Brandenburger Aerztekammer vom 22. Januar d. J. (s. „Halbmonatsschrift für Soziale Hygiene und praktische Medizin“ Nr. 8/1916) enthält folgenden Wortlaut: „Aus dem Berichte des Ausschusses zur Bekämpfung des Kurpfuschertums geht hervor, daß das Zentralkomitee vom Roten Kreuz die Broschüre eines Kurpfuschers vertreibt, ‚die versteckte und giftige Angriffe auf einige Aerzte in den angeführten Krankengeschichten bringt‘. Hierauf aufmerksam gemacht, habe das Zentralkomitee es nicht einmal der Mühe für wert gehalten, zu antworten.“ Das Sächsische Korrespondenz-Blatt vom 15. Februar 1916 sagt hierzu mit Recht: „Diese kurze Mitteilung spricht Bände. Das Rote Kreuz, das nur durch die hingebende, aufopferungsvolle und selbstlose Mitarbeit der deutschen Aerzte in den Stand gesetzt ist, seine Aufgabe zu erfüllen, vertreibt die Broschüre eines Kurpfuschers, die „versteckte und giftige Angriffe“ gegen Aerzte enthält, und antwortet nicht einmal auf diesbetreffende Vorstellungen von ärztlicher Seite! Das muß man schwarz auf weiß vor sich haben — das muß man mehrere Male lesen, um es überhaupt fassen zu können.“

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. und Bat.-Arzt Dr. Aub-München.
Marineoberstabsarzt d. R. Dr. Bilfinger-Stuttgart.
Stabsarzt d. R. Dr. Brühann-Osterburg.
Oberstabsarzt d. R. Dr. v. Criegern-Hildesheim.
Generaloberarzt d. L. Prof. Dr. Habs-Magdeburg.
Generaloberarzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His-Berlin.
Oberstabsarzt Josef Langheld.
Generaloberarzt Wiemuth.

Eiserne Kreuz II. Kasse:

Oberstabsarzt d. L. Dr. Conrad Alt-Uchtspringe.
Oberstabsarzt d. R. Ober-Med.-Rat Dr. Hertzsch-Leipzig.
Oberstabsarzt d. L. Geh. Med.-Rat Dr. Horn, Kreisarzt in Tondern.
Anstaltsarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Knopf, Landgerichts- und Bezirksarzt in Weimar.
Geh. Rat Prof. Dr. v. Leube-Stuttgart.
Oberstabsarzt d. R. Geh. Med.-Rat Dr. Lufft-Dresden.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moritz-Cöln.
Stabsarzt d. R. Med.-Rat Dr. Ocker, Kreisarzt in Verden.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Partsch-Breslau.
Geh. Med.-Rat Dr. Schulze, Direktor der Landesanstalt in Arnsdorf.
Oberstabsarrt Med.-Rat Dr. Steenken-Elsfleth.
Oberstabsarzt d. R. Ober-Med.-Rat Dr. Streit-Dresden.

Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Prof. Dr. Aschaffenburg, berat. Nervenarzt für den Bereich der Festung Cöln.
Med.-Rat Dr. Seyffert, Kreisarzt in Stettin.

Ferner haben **Angehörige von Medizinalbeamten** erhalten das Eiserne Kreuz II. Klasse: Die Assistenzärzte d. R. Dr. Adolf Mayer und Dr. Wilhelm Mayer, Söhne des Geh. Med.-Rats Dr. Meyer, Kreisarzt in St. Evarshausen; Feldunterarzt Dr. Seyffert, Sohn des Med.-Rats Dr. Seyffert, Kreisarzt in Stettin.

Außerdem haben erhalten: Der Bayerische Militär-Verdienstorden IV. Klasse mit Schwertern: Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Müller-Herrings in Kolmar i. Els.; — das Königlich Sächsische Kriegsverdienstkreuz: Oberstabsarzt d. R. a. D. Ober-Med.-Rat Dr. Hertsch, Med.-Ref. bei der Kreishauptmannschaft in Leipzig; Oberstabsarzt d. R. Geh. Med.-Rat Dr. Lufft, Medizinischer Referent im Ministerium des Innern in Dresden; Geh. Med.-Rat Dr. Menschel, med. Beirat bei der Kreishauptmannschaft in Bautzen; Oberstabsarzt d. L. a. D. Med.-Rat Dr. Thiersch, Bezirksarzt in Leipzig; Oberstabsarzt d. R. Med.-Rat Dr. Thümmler, Gerichtsarzt in Leipzig; Geh. Med.-Rat Dr. Schulze, Direktor der Landesanstalt in Arnsdorf; — das Bremer Hanseaten-Kreuz: Stabsarzt d. R. Dr. Ewald-Stadtarzt in Bremerhaven.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Stabsarzt d. L. Dr. Franz Arendt-Poelitz [Reg.-Bez. Stettin] (infolge Krankheit gestorben).
Feldarzt Dr. Paul Bendig, Polizeiarzt in Stuttgart.
Marineassistenzarzt d. R. Dr. W. Berghahn-Kiel-Gaarden.
Feldunterarzt Dr. Alban Carle-Frankfurt a. M.
Assistenzarzt d. R. Dr. Walter Frankfurter-Berlin (infolge Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. R. Dr. E. Grunow-Berlin (infolge Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. R. Dr. Herzfeld.
Dr. F. Hotzen-Barmstedt (Holstein), Chefarzt eines Feldlazaretts.
Dr. Max Levy-Berlin.
Stabsarzt d. R. Dr. Hans Liebold-Leipzig (infolge Krankheit gest.).
Marineoberarzt Dr. J. Marhenke-Würzburg.
Dr, K. Medemeier-Regensburg.
Assistenzarzt d. R. Dr. Wolfgang Meinck-Liegnitz (inf. Krankh. gest.).
Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. E. Müller-Konitz (inf. Krankh. gest.).
Dr. Heinrich Müller-Wiesbaden.
Stabsarzt d. R. Dr. Heinrich Prothen-Köln a. Rh.
Stabsarzt d. R. Dr. Rauhut-Eberswalde (Mitglied des Preuß. M.-B.-V.).
Stabsarzt Dr. Albert Scholz-Seifhennersdorf b. Zittau.
Dr. F. Stresemann-Berlin-Dahlem.
Oberarzt Dr. Aug. Tilp-Straßburg (infolge Krankheit gestorben).
Stud. med. Gerhard Wollmann-Magdeburg.

Außerdem: Egon Gasters, Diplom-Kaufmann H. H. B., Fähnrich im Inf.-Regt. 159, Sohn des Medizinalrats Dr. Gasters, Oberstabs- und Chefarzt des Vereinslazarettzuges M. 2, Kreisarzt in Mülheim a. d. Ruhr, der bereits einen Sohn und einen Schwiegersohn im Kriege verloren hat.

Cholera. In Oesterreich wurden vom 9. bis 22. Januar 1916 61 (25) und 20 (6) Erkrankungen (Todesfälle), in Kroatien und Slavonien vom 3. bis 17. Januar 78 (79) und 30 (34) Erkrankungen festgestellt.

An **Fleckfieber** sind im Deutschen Reich in der Zeit vom 10. bis 23. Februar einige Kriegsgefangene in Gefangenenlagern erkrankt und gestorben.

Pocken. Vom 10.—16. Februar kam in einem Kriegsgefangenenlager 1 Pockenfall bei einem Kriegsgefangenen vor.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 30. Januar bis 19. Februar 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Aussatz: — (—); Rotz: — (—), — (—), 1 (—); Trichinose: — (—), — (—), 3 (1); Tollwut: — (—), 3 (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 13 (—), 14 (—), 11 (—); Milzbrand: — (—), — (—), — (1); Pocken: — (—), 1 (—), — (—); Unterleibstyphus: 166 (17), 145 (17), 151 (24); Ruhr: 32 (2), 19 (1), 20 (2); Diphtherie: 3635 (236), 3477 (282), 3299 (263); Scharlach: 2055 (95), 2031 (70), 1907 (91); Kindbettfieber: 65 (24), 82 (22), 84 (19); Genickstarre: 23 (10), 31 (6), 20 (8); spinaler Kinderlähmung: 1 (—), — (—), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 55, 30, 40; Tuberkulose (gestorben): 850, 878, 881.

Vermerk für die Leser. Die heutige Nummer der Zeitschrift ist einige Tage später zur Ausgabe gelangt, um den vollständigen Bericht über die Verhandlungen des preußischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat bringen zu können.

Der Herausgeber.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 6. Ausgegeben am 20. März 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 6.

INHALT.

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 6.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. März.

Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen (Direktor: Prof. Dr. Hayo Bruns).

Ueber eine Paratyphus-A-Epidemie.

Von Dr. L. Quadflieg, Abteilungsvorsteher.

In dem Erlaß des Chefs des Feldsanitätswesens vom 10. November 1915 werden die bakteriologischen Untersuchungsanstalten darauf verwiesen, bei allen typhusähnlichen Erkrankungen die bakteriologischen und serologischen Untersuchungen auch auf das Vorkommen von Paratyphusbazillen des Typus A und ihrer Agglutinine auszudehnen. Es müßte damit gerechnet werden, daß auch in der Heimat Paratyphus-A-Erkrankungen zur Beobachtung gelangen könnten, nachdem bei einer Armee an der Westfront eine kleine Anzahl von Paratyphus-A-Fällen bakteriologisch sicher gestellt war. Es ist aus der Literatur bekannt, daß in Frankreich, den französischen Kolonien Nordafrikas und ferner in den englischen Kolonien Indiens Paratyphus-A-Infektionen häufiger auftreten, daß dagegen in Deutschland Paratyphus-A-Erkrankungen bisher

eine Seltenheit gewesen sind. Man kann sich demnach des Eindruckes nicht erwehren, daß die unter den deutschen Mannschaften an der Westfront aufgetretenen Paratyphus-A-Erkrankungen auf Infektion an Ort und Stelle zurückzuführen sind, um so mehr, als dort ja unsere Soldaten mit Franzosen, Engländern und deren Kolonialtruppen häufig in Berührung gekommen sind.

Daß in Frankreich bezw. unter französischen Soldaten schon vor dem Erlaß Paratyphus-A-Infektionen aufgetreten sind, das beweist auch eine Epidemie, die wir bei einem französischen Arbeitskommando einer hiesigen Zeche schon im Juni 1915 beobachten konnten. Die Erreger, Paratyphusbazillen des Typhus A, konnten bei einer Anzahl der Erkrankungen durch die bakteriologische Untersuchung aufgefunden werden.

In der Zeit vom 9. Juni bis 11. August erkrankten in dem hiesigen Lager im ganzen 29 französische Soldaten und zwar fast ausschließlich des 70. und 80. Infanterie-Regiments, deren Garnisonen Ille et Villaine bezw. Toulouse sind. Während das 70. Regiment seine Mannschaften aus den östlichen Provinzen Frankreichs nimmt, rekrutiert sich das 80. in Toulouse aus den Pyrenäen. Die Mannschaften des hiesigen Arbeitskommandos wurden am 9. Mai bei Arras gefangen genommen; ihre Ankunft im Gefangenenlager in Münster erfolgte am 13. Mai 1915. Sämtliche nachher Erkrankten waren bereits am 2. Juni auf der Arbeitsstelle eingetroffen. Angeblich war den Leuten von typhösen Erkrankungen in ihren Heimatsgebieten und Garnisonen oder im Gefangenenlager in Münster nichts bekannt. Ueber den Gesundheitszustand unter den französischen Truppen vor Arras lauteten die Aussagen verschieden. Während einige Soldaten angaben, es habe in den beiden Regimentern vor Arras Typhus geherrscht, wurde die Richtigkeit dieser Behauptung von einem Unteroffizier ganz energisch bestritten. Ob er aber tatsächlich nichts von Typhus-Erkrankungen in seinem Regiment wußte, oder ob er aus Patriotismus leugnete, mag dahingestellt bleiben. Da nach Ermittlungen von deutscher Seite zu der Zeit unter den französischen Truppen vor Arras Typhus in größerem Umfange herrschte, verdienen die Angaben der Soldaten mehr Glauben, als die des Unteroffiziers. Es sei noch erwähnt, daß sämtliche Kriegsgefangenen angaben, vor dem Ausrücken viermal gegen Typhus geimpft worden zu sein.

Fragt man nach der Infektionsquelle, so könnte man unter Berücksichtigung des Umstandes, daß die ersten Fälle etwa 8—14 Tage nach der Ankunft auf der hiesigen Arbeitsstelle auftraten, versucht sein anzunehmen, daß die Ansteckung hier erfolgte. Gegen diese Annahme spricht aber, daß in unserem Bezirk vorher bei Zehntausenden von Fäzes- und Urinuntersuchungen von Kranken oder deren gesunder Umgebung niemals Paratyphus-A-Bazillen gefunden wurden, trotzdem stets auch auf deren Vorkommen geachtet wurde. Eine Infektion durch die

Küche erscheint ebenfalls ausgeschlossen; man hätte in diesem Falle wohl einen mehr explosionsartigen Ausbruch erwarten dürfen, während die Erkrankungen tatsächlich nacheinander folgten. Die ersten 3 Fälle wurden am 9. Juni gemeldet; bis zum 30. Juni folgten noch 11 weitere, im Juli 14 und die letzte Erkrankung am 11. August. Die Fleisch- und Wurstproben, die uns während der Epidemie aus der betreffenden Kantine zur Untersuchung zugingen, enthielten keine pathogenen Bakterien. Allerdings ist damit die Möglichkeit, daß die früher zur Verwendung gelangten Nahrungsmittel infiziert gewesen sein könnten, nicht ausgeschlossen. Doch wird auch dieses unwahrscheinlich, wenn man berücksichtigt, daß von den deutschen Bewachungsmannschaften niemand erkrankte, obwohl sie aus derselben Küche verpflegt wurden. Auch sind stets Kostproben vorgenommen und weder eine schlechte Beschaffenheit der Speisen, noch darauf zurückzuführende Erkrankungen beobachtet worden. Eine andere Infektionsquelle, die nicht ganz von der Hand zu weisen ist, dürfte in Bazillenträgern unter den Gefangenen selbst zu suchen sein, vielleicht auch in Nahrungsmitteln, die den französischen Soldaten aus der Heimat gesandt worden waren. Sie hatten nachweislich kurz vor Ausbruch der Epidemie aus Frankreich Weißbrot in verschimmeltem Zustande und Fleischkonserven erhalten und gegessen. Die Möglichkeit, daß darin die Krankheitserreger enthalten waren, ist zuzugeben, wenn auch die Annahme nicht bewiesen werden kann, da Reste der fraglichen Speisen für die bakteriologische Untersuchung nicht mehr vorhanden waren.

Wenn die Epidemie bei den sonst günstigen Verbreitungsmöglichkeiten nur eine geringe Ausdehnung annehmen konnte, so ist dies den von der zuständigen Militärbehörde getroffenen Maßnahmen zu danken, die hauptsächlich darin bestanden, daß zunächst alle verdächtig Erkrankten sofort abgesondert wurden, daß die Latrinenverhältnisse gut überwacht und hinreichend Desinfektionsmittel, vor allem auch zur Desinfektion der Hände nach der Benutzung des Abortes, bereit gestellt wurden. Weiter wurde eine zweimalige bakteriologische Untersuchung aller Gefangenen und der deutschen Wachmannschaft auf etwaige Bazillenträger verfügt. Es sei gleich hier gesagt, daß die Wachmannschaft frei von Bakterien der Typhus-Paratyphus-Gruppe befunden wurde, daß dagegen unter den Franzosen 7 Mann festgestellt wurden, deren Fäzes Paratyphusbazillen des Typus A enthielten. Diese Zahl erscheint zu hoch, als daß man an eigentliche Bazillenträger denken möchte, wenn die Leute auch zur Zeit der Untersuchung keine Krankheitssymptome zeigten. Es ist wohl richtiger, anzunehmen, daß ein Teil dieser Leute, ohne es zu wissen oder zu sagen, eine ganz leichte Infektion durchmachte. Daß auch diese abgesondert wurden, braucht nicht erst besonders betont zu werden.

Da die klinischen Beobachtungen über Paratyphus-A in Deutschland nicht sehr häufig waren, dürfte es

nicht ohne Interesse sein, über den Verlauf der hiesigen Erkrankungen kurz zu berichten:[1])

Ueber die Dauer der Inkubation konnten keine sicheren Angaben festgestellt werden; wohl gaben die Kranken an, daß sie schon mehrere Tage vorher sich matt und krank gefühlt und an Kopfschmerzen und Reißen in den Gliedern gelitten hätten. Bei der Aufnahme hatten die meisten erhöhte Temperatur, 38—39°, andere Fälle, obwohl sicher Paratyphus-A, verliefen wieder vollkommen fieberfrei. Die Patienten machten einen kranken und schlaffen Eindruck, der Appetit war schlecht, die Zunge geschwollen und stark weiß belegt, der Leib weich und aufgetrieben; Roseolen und Milztumor waren in keinem Falle festzustellen. Puls und Herz zeigten keine Besonderheiten. Nach einigen Tagen war die rechte Lendengegend auf Druck schmerzempfindlich; bei allen fand sich Ileocoecalgurren; der Stuhl war unregelmäßig, in den meisten Fällen angehalten. Daneben blieben die Kopfschmerzen als schwerstes Symptom während der Krankheitsdauer bestehen. Nach 6—8 Krankheitstagen stellten sich erbsenbreiartige Durchfälle ein; nie fand sich im Urin Eiweiß. Appetit und Allgemeinbefinden verschlechterten sich; in 2 schweren Fällen kamen bronchitische Erscheinungen, in keinem Falle Delirien und Somnolenz zur Beobachtung. Im allgemeinen ging das Fieber Ende der zweiten bis Anfang der dritten Woche zurück; gleichzeitig reinigte sich die Zunge und hob sich der Appetit wieder. Nur einige schwerere Fälle dauerten etwas länger, alle gingen in Genesung aus. Komplikationen und Rezidive traten nicht auf.

Der Verlauf der Temperaturkurve erinnerte an einen leichten Paratyphus.

Die Therapie war symptomatisch und diätetisch.

Die Krankheit wurde als Paratyphus-A-Infektion durch die bakteriologische Diagnose sicher gestellt. Das eingesandte Material — Blut, Fäzes und Urin — gelangte nach den im hiesigen Institut gebräuchlichen Methoden zur Verarbeitung. Da klinisch Typhusverdacht ausgesprochen war, wurde zunächst auf Typhus bezw. Paratyphus-B gefahndet. Deshalb wurde auch die Gruber-Widalsche Reaktion vorerst nicht mit Paratyphus-A-Bazillen angestellt, sondern nur mit Typhus- und Paratyphus-B-Bazillen. Der Rest-Blutkuchen der eingesandten Blutproben wurde in sterilisierte Rindergalle gebracht und nach 1—3—5 Tagen Bebrütung bei 37° C. hieraus jedesmal 1 Oese auf Drigalski- oder Endoplatten ausgestrichen. Die Fäzesproben wurden auf je 2 Malachitgrünplatten, weiter auf je 3 Drigalski- und Endoplatten ausgesät. Die Malachitgrünplatten wurden nach ca. 18stündiger Bebrütung (37°) nach dem Verfahren von Lentz-Tietz abgeschwemmt

[1]) Wir verdanken die klinischen Angaben der Liebenswürdigkeit des Herrn Kollegen von der Hagen in Wattenscheid, wofür ihm hiermit bestens gedankt sei.

und wieder auf je 3 Drigalski- oder Endoplatten weiter verarbeitet. Diese Abschwemmungsmethode hat uns bei der Paratyphus-Diagnose stets gute Dienste geleistet. Die Urinproben bringen wir nur auf eine Serie von 3 Drigalski- und 3 Endoplatten; eine Anreicherung auf Malachitgrün erscheint uns bei diesem Material nicht erforderlich, da die Typhus- und Paratyphusbazillen im Urin entweder gar nicht oder ziemlich reichlich vorhanden sind, so daß sie sich dem Nachweis auf der Drigalski-Endo-Serie kaum entziehen dürften.

Die ersten Paratyphus A-Bazillen züchteten wir aus einer Gallen-Blutkultur. Es fanden sich auf den mit Gallenkultur beimpften Drigalski- bezw. Endoplatten Kolonien von dem Aussehen der Typhusbazillen, die aber nicht mit Typhus- bezw. Paratyphus-B-Serum agglutinierten. Dagegen zeigten die mit den fraglichen Kolonien beimpften Traubenzuckerbouillonkulturen Gasbildung, der Rothbergersche Neutralrotagar wurde gesprengt, ließ aber keine deutliche Fluoreszenz erkennen; in der Lakmusmolke war das für Paratyphus-A-Bazillen typische Verhalten festzustellen, ein ganz leichter Umschlag der Farbe nach Rot, aber keine Trübung. Dieses Aussehen veränderte sich auch nicht während der 14tägigen Beobachtungszeit; vor allem trat keine Bläuung ein, wie sie bei den Bakterien der Paratyphus-B-Gruppe die Regel ist. Das Verhalten der fraglichen Kolonien auf den Differentialnährböden, besonders in Lakmusmolke, legte den Verdacht auf Paratyphus A nahe, der sich dann bei der serologischen Prüfung des verdächtigen Stammes vollends bestätigte. Im Paratyphus-A-Serum erfolgte innerhalb von 4 Stunden (bei 37°) mit unbewaffnetem Auge deutlich sichtbare Agglutination bis zur Verdünnung von 1 : 10000 (Titergrenze).

So gelang es, aus den eingesandten Proben 11 Paratyphus-A-Stämme herauszuzüchten; alle Urinkulturen hatten ein negatives Ergebnis. Wie schon erwähnt, war zunächst die Gruber-Widalsche Reaktion nur gegen Typhus- und Paratyphusbazillen des Typus B geprüft worden. Später wiederholte Prüfungen, auch gegen Paratyphus-A-Bazillen ergaben nur in einem Falle Agglutination mit Paratyphus-A in der Verdünnung 1 : 100. Wahrscheinlich ist dieser geringe Erfolg damit zu erklären, daß diese Blutproben erst in der Rekonvaleszenz untersucht wurden. Dieser Befund scheint anderseits die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen zu bestätigen, wonach der Agglutinationstiter bei Paratyphus-A nach sehr schnellem Anstieg (hierüber besitzen wir nach dem oben Gesagten keine Beobachtung) rasch wieder abfällt. Häufig fanden wir einen für Typhus positiven Widal, bis zur Verdünnung 1 : 200, dagegen in keinem Falle Agglutination mit Paratyphus-B. Da die Kranken sämtlich viermal gegen Typhus geimpft waren, mag die Entscheidung dahingestellt bleiben, ob die Agglutination mit Typhusbazillen auf die voraufgegangenen Impfungen

oder auf eine Verwandtschaft des Rezeptorenapparates der Typhus- und der Paratyphus-A-Bazillen zurückzuführen ist.

Obwohl wir seit der Feststellung der Paratyphus-A-Bazillen bei der Epidemie unter dem französischen Arbeitskommando bei unsern folgenden zahlreichen Untersuchungen verdächtigen Materials von Kriegsgefangenen sowie deutschem Militär und Zivil natürlich stets ganz besonders unser Augenmerk auf das Vorkommen von Paratyphus A gerichtet haben, ist uns der Nachweis bisher nicht mehr gelungen. Es ist daher wohl der Schluß berechtigt, daß einmal diese Epidemie auf Bazillenträger unter der französischen Mannschaft oder durch die von Frankreich gesandten Nahrungsmittel hervorgerufen worden ist, daß anderseits die bei einer Armee der Westfront beobachteten Paratyphus-A-Infektionen mit ziemlicher Sicherheit dort erworben sind.

Fleckfiebererkennung.

Von Geh. Med.-Rat Dr. **Hansen**, Kreisarzt in Hadersleben (Schleswig).

Als Polizeiarzt lasse ich eine erkrankte 55jährige Schlafstellen-Inhaberin ins städtische Krankenhaus bringen. Der leitende Arzt, Sanitätsrat Dr. Magaard, telephoniert mir: Fleckfieber-Verdacht. Wir stellen fest: roten, kleinfleckigen Ausschlag, dicht gestellt auf Brust und Oberbauch und vereinzelt auf dem Rücken, 2 Tage alt; Fieber 39°; Kopfschmerz, Benommenheit, kleinen Puls, Bronchitis, Milzvergrößerung (14 : 10 cm). Als einziges Zeichen, das nicht zum Fleckfieber paßt, bestanden seit 4 Tagen starke Durchfälle nach vorheriger Verstopfung. Die Kranke starb an demselben Abend.

Ich traf sofort alle Maßregeln für Desinfektion und Absonderung. Die Wirtin der Kranken, die auch Durchfall hatte, kam ebenfalls ins Krankenhaus. Anzeige erstattete ich zunächst nicht, weil ich an eine verschleppte Colitis dachte.

Im Hygienischen Institut in Kiel ergab die Blutuntersuchung Colibazillen in Reinkultur. Also hatte ein verschleppter Dickdarmkatarrh durch Ueberschwemmung und Zersetzung des Blutes mittelst Colibazillen ziemlich dieselben Hautveränderungen verursacht, wie man sie bei Sepsis, Krankheits- und Arzneiexanthemen und beim Fleckfieber beobachtet.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Die Gefahr der Vergiftung durch ganze oder zersplitterte, im Körper lagernde Geschosse. Von L. Lewin. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 2.

Die landläufige chirurgische Ansicht, daß einmal im Gewebe eingeheilte Bleistücke harmlos sind, und daß von ihnen eine Bleigefahr für den Körper nicht mehr zu befürchten ist, kann nicht als zutreffend anerkannt werden. Gegen die Richtigkeit dieser Ansicht sprechen chemische und biologische Gesetzmäßigkeiten.

1. Chemische, für eine Lösung des Bleies im Körper in Frage kommende Bedingungen: Es ist eine chemische Notwendigkeit, daß im lebenden Gewebe

liegendes Blei soviel in Lösung oder zur Salzbildung abgibt, als nach chemischen Gesetzen gefordert wird. Es ist bekannt, daß der Magensaft metallisches Blei löst; so sind durch Verschlucken von Bleikugeln oder -schroten tödliche Vergiftungen zustande gekommen. Das gilt auch für Bleisilikat-Flintglas. In den Geweben liegendes metallisches Blei kann in Lösung gebracht werden: 1. durch die Einwirkung von Feuchtigkeit und Gewebssauerstoff; es entsteht Bleihydrooxyd, das durch Hydrokarbonat genügend gelöst wird. 2. Gewebsflüssigkeit greift durch ihren Salzgehalt Blei an. So fanden sich in der Lunge um ein Projektil weiße Inkrustationen von Bleichlorid, das schon in 105 Teilen Wasser von 16,5° löslich ist. 3. Fette und fettartige Stoffe, Lipoide, Eiter lösen bei längerer Berührung metallisches Blei erheblich (Oel in Sardinenbüchsen). 4. Die lebende Zelle verfügt über chemische Energie zur Lösung scheinbar unlöslicher Stoffe, z. B. von Bleisulfat. Die Löslichkeit wächst mit der Oberfläche der Bleistücke.

2. Biologische Verhältnisse, die den Uebertritt von Blei aus Geschossen in die Säftebahnen bedingen: Die Lösung von Blei vollzieht sich am stärksten an Körperstellen, die Fette oder fettartige Stoffe, Eiter etc. enthalten, z. B. Knochenmark, Gehirn, Rückenmark, Unterhautgewebe; aber auch in Narbengewebe eingekapselte Bleistücke lösen sich, wenn auch langsamer. Das Schicksal des gelösten Bleies unterliegt den Gesetzen der Ausscheidung oder Bindung. Erscheint Blei im Hirn eines Menschen, der ein Stück Blei in sich trägt, so ist das einmal ein Zeichen der Regulation, dann aber auch der Löslichkeit. Damit muß auch mit der Möglichkeit einer Bleivergiftung gerechnet werden. Die Symptome der Bleivergiftung sind nicht immer klar als solche zu erkennen; es gibt eine ganze Menge, hinter denen man eine Bleivergiftung nicht ohne weiteres vermutet. Das Fehlen der basophilen Körnelung der Erythrozyten spricht nicht gegen Bleiintoxikation. Neuerdings ist in vielen Fällen Bleilöslichkeit bezw. Salzbildung in den Geweben beobachtet worden, was die Auffassung, daß Blei in Lösung geht und schwere Krankheitssymptome verursachen kann, bestätigt.

Von wissenschaftlichen und praktischen Ueberlegungen aus müssen daher Bleiprojektile entfernt werden. Die Richtigkeit der Ansicht, daß viele Menschen jahrelang ohne Bleivergiftung in ikrem Körpergewebe Blei beherbergt haben, ist nicht erwiesen und beruht wahrscheinlich auf ungenügende Beobachtung. Da das Auffinden von Bleistücken durch die Röntgen-Photographie erleichtert ist, wäre es ganz unberechtigt, wenn man chirurgisch zugängliche Bleistücke nicht operativ entfernen wollte. Innerliche Darreichung von Jodkalium kann solcher Bleivergiftung nicht begegnen. Eine einfache Methode des Bleinachweises besteht darin, daß Harn, Speichel, Fäzes mit Eiereiweißlösung und Natronlauge versetzt und gekocht werden; es entsteht Dunkelfärbung mit Abscheidung von Schwefelblei. Auf diese Weise sind noch sehr kleine Teile von Milligrammen Blei nachweisbar.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Einheitliche Längenmessung der Amputationsstümpfe. Von F. Bähr-Hannover. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 8.

Für die Messung der Amputationsstümpfe, die nie von Weichteilen aus erfolgen und immer in Zentimetern angegeben werden soll, sind einheitliche Grundsätze durchzuführen. In den Tabellen von Vierordt ist bei einer Durchschnittslänge des ganzen Skelettes von 162 bis 172, also 167 cm im Durchschnitt, die Länge des Oberarmbeines mit 32, des Speichenbeines mit 24, des Oberschenkelknochens mit 47, des Schienbeines mit 39 cm angegeben.

Für die Messung selbst empfiehlt sich folgendes: Der Oberarm ist von der oberen Kante des Schultergrätenfortsatzes (Akromion) zu messen; das ergibt eine kleine Differenz von 1—1½ cm zugunsten der Länge. Für die Länge des Vorderarmes ist im wesentlichen das Speichenbein ausschlaggebend; man mißt von dem leicht fühlbaren Gelenkspalt zwischen Oberarmbein und Speichenbein (Radiohumeralgelenk). Der Oberschenkel wird von dem vorderen oberen Darmbeinstachel gemessen, der normal etwa 3—4 cm oberhalb des oberen Kopfpoles steht. Vom großen Rollhügel aus zu messen, empfiehlt sich nicht, obwohl dessen Spitze annähernd mit der Höhe des Kopfpoles übereinstimmt, weil sich die Spitze nicht so genau durchfühlen läßt. Der Unter-

schenkel ist immer vom inneren Kniegelenksspalt zu messen. Die Verwechslung des Kniespaltes mit der Vertiefung über dem Rollenrande ist auszuschließen, wenn man den Schienbeinrand von vorn her nach dem Gelenkspalt zu verfolgt oder sich durch einige Beugebewegungen über die Lage des Kniespaltes unterrichtet. Ist der Kniespalt infolge Veränderungen am Kniegelenk selbst nicht genau durchzufühlen, so ergibt sich die Stumpflänge aus der Entfernung Spina anterior superior bis Stumpfhöhe abzüglich der Entfernung Spina ant. sup. bis Kniespalt am gesunden Bein. Den Unterschenkel von der Kniescheibe ab zu messen, ist unpraktisch, da sie bald etwas höher, bald etwas tiefer steht. Dr. Roepke-Melsungen.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Eine erzwingbare Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Gewährung von Heilanstaltspflege liegt auch nach § 597 R.V.O. nicht vor. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 5. November 1915.

Nach § 597 Abs. 1 der R.V.O. ist die Gewährung von Heilanstaltspflege in das freie Ermessen der Berufsgenossenschaft gestellt. Nach Abs. 5 daselbst soll allerdings die Berufsgenossenschaft in gewissen Fällen möglichst Heilanstaltspflege gewähren. Hieraus ist aber nicht zu folgern, daß in diesen Fällen dem Verletzten ein durch Anrufung der höheren Spruchbehörde erzwingbarer Rechtsanspruch gegeben sein soll. Auch nach früherem Rechte ist überwiegend angenommen, daß dem Versicherten ein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege nicht zusteht. An dieser Rechtslage hat, wie d[illegible] Entstehungsgeschichte des § 597 und der verwandten Vorschrift des § 1[illegible] der R.V.O. (Krankenversicherung) ergibt, nichts geändert werden sollen. Der Kommissionsbericht zu dem jetzigen § 184 der R.V.O. läßt besonders erkennen, daß lediglich an ein Eingreifen der Aufsichtsbehörde gedacht wurde. Und was von der Krankenversicherung gilt, in der die Heilbehandlung eine wesentlich größere Rolle spielt, als in der Unfallversicherung, muß hier um so mehr von der letzten gelten, also eine Anrufung der Spruchbehörden um so eher ausgeschlossen sein. Ob und inwieweit der Verletzte wirklich in solchen Fällen eine Entscheidung im Aufsichtswege herbeiführen kann, ist im Spruchverfahren nicht zu erörtern. (Kompaß; 1916, Nr. 4.)

Rentenminderung bei Besserung der Unfallfolgen (Hornhauttrübungen), trotz Aufhebung dieser Besserung durch ein unabhängig vom Unfall aufgetretenes Sehnervenleiden. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 9. Dezember 1915.

Das R. V. A. hat durch die in ihren wesentlichen Feststellungen übereinstimmenden Gutachten des Dr. L. und der Universitäts-Augenklinik in Breslau das abweichende Gutachten des Sanitätsrats Dr. W. für widerlegt angesehen. Dieser hat sein Gutachten auf eine lediglich einmalige Untersuchung des Klägers gestützt, während das der Universitätsklinik auf einer wiederholten Beobachtung in der Klinik beruht. Das R. V. A. hat danach für erwiesen angesehen, daß das beiderseitige Sehnervenleiden durch die Unfälle nicht verursacht, auch nicht wesentlich verschlimmert worden ist, und daß eine wesentliche Besserung der Unfallfolgen insofern eingetreten ist, als die Hornhauttrübungen sich verringert haben. Wenn sich trotzdem die Sehschärfe und dementsprechend die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht wesentlich gehoben hat, so ist dies nicht auf die Unfallfolgen zurückzuführen, sondern auf das Sehnervenleiden. Wäre dieses Leiden nicht hinzugekommen, so hätte sich beim Zurückgehen der Hornhauttrübungen die Sehschärfe zweifellos wesentlich gebessert, wodurch auch die Erwerbsfähigkeit des Klägers eine größere geworden wäre. Die Unfallfolgen stehen deutlich abgegrenzt selbständig neben den Krankheitserscheinungen und die Beklagte hat nur für den schädigenden Einfluß der Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit aufzukommen. Die Herabsetzung der bisherigen Teilrenten ist daher berechtigt, weshalb der Rekurs zurückgewiesen worden ist.

(Kompaß; 1916, Nr. 5.)

Kein Zusammenhang zwischen tödlicher Lungenentzündung und Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 3. Dezember 1915.

Die ärztliche Wissenschaft steht im allgemeinen auf den Standpunkt, daß die Entstehung einer Lungenentzündung durch Unfall verhältnismäßig selten ist. Deshalb muß, wo ihre Entstehung durch Unfall behauptet wird, vor allem der Unfall unbedingt sicher bewiesen sein. Im vorliegenden Falle ist nun zwar erwiesen, daß bei der Betriebsarbeit des Verstorbenen vom 3. Mai 1913 ein außergewöhnliches Ereignis insofern eingetreten ist, als eine Anzahl von Wagen plötzlich auf dem Geleise ins Rollen kam und die in der Nähe befindlichen Arbeiter, darunter auch den Verstorbenen, nötigte, sich durch schleuniges seitliches Ausweichen in Sicherheit zu bringen. Dagegen fehlt es an hinreichendem Beweise dafür, daß der Verstorbene sich hierbei, sei es durch Stoß, Erschütterung oder Quetschung eine Verletzung des Brustkorbes zugezogen hat. Das rein äußerliche zeitliche Zusammentreffen dieses Betriebsereignisses mit der Entstehung der Erkrankung bringt es naturgemäß mit sich, daß der Verstorbene in Erinnerung an die ausgestandene Gefahr und den Schreck des guten Glaubens war, daß seine Krankheit eine Folge jenes Ereignisses gewesen sei. Daraus erklären sich zwanglos seine in diesem Sinne getanen Aeußerungen zu den Zeugen, ohne daß diesen Aeußerungen der Nachweis eines tatsächlich bestehenden ursächlichen Zusammenhanges entnommen werden kann. Auf der anderen Seite spricht aber die Tatsache, daß der Verstorbene seinen Mitarbeitern gegenüber mit keinem Wort einer Verletzung Erwähnung getan und keiner dieser Mitarbeiter von einer Verletzung etwas bemerkt hat, in hohem Grade gegen die Annahme, daß der Verstorbene damals eine Verletzung irgendwelcher Art erlitten hat. Mit dieser Beurteilung stehen auch die Gutachten der Aerzte der Universitätsklinik in Halle vom 17. Juli 1913, des Kreisarztes Dr. B. ebenda vom 29. April 1914 und des Geh. San.-Rats Prof. A. F. in Berlin vom 29. Oktober 1915 im Einklang. Bei dieser Sachlage war dem Anspruche der Kläger auf Hinterbliebenenrente der Erfolg zu versagen.

(Kompaß; 1916, Nr. 5.)

Zusammenhang zwischen Tod an Blutvergiftung und dem einige Wochen zurückliegenden Unfall nur möglich, jedoch nicht wahrscheinlich. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 19. November 1915.

Der Anspruch der Kläger auf Bewilligung einer Hinterbliebenenrente hängt von der Feststellung ab, ob die Blutvergiftung, an welcher F. am 27. September 1913 verstorben ist, mit dem Unfalle vom 11. August 1913 in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden kann. Diese Frage hat das Oberversicherungsamt auf Grund der übereinstimmenden Gutachten der Sachverständigen Dr. A. und Dr. K. mit Recht verneint. Es würde an sich naheliegen, zu vermuten, daß der Verstorbene, der bei dem Unfall auf dem Rücken durch Erdmassen getroffen sein kann, auf diesem Körperteil Hauttrennungen erlitten hat, welche die Eingangspforte für die zur Blutvergiftung führenden Giftkeime gebildet haben. Einer solchen Annahme steht aber das Ergebnis der Leichenöffnung entgegen, bei der am Rumpfe des Verstorbenen keinerlei Verletzungsspuren festgestellt worden sind. Die damals auf dem Rücken vorgefundenen Spuren von Furunkeln weisen auf Entzündungen anderer Art hin, zu denen das gewöhnliche Leben mannigfache Gelegenheit bietet; sie sind daher von den Sachverständigen mit Recht nicht als mögliche Unfallfolgen in den Kreis der Erörterungen gezogen worden. Den Sachverständigen ist ferner darin zu folgen, daß auch nicht angenommen werden kann, der Verstorbene habe bei dem Unfall eine Hauttrennung am rechten Unterschenkel davongetragen, in welche die Giftkeime eingedrungen sein könnten. Denn bei der Aufnahme des F. in das Krankenhaus sind Verletzungen am rechten Unterschenkel überhaupt nicht festgestellt worden; solche hätten dem mit der Untersuchung beauftragten Arzte nicht entgehen können. Die später aufgetretene und aufgebrochene eiternde Wunde am rechten Unterschenkel muß nach Lage der Sache als eine Folgeerscheinung einer allgemeinen Blutvergiftung, nicht als ihre Ursache angesehen werden. Tatsächlich ist F. nach der Auskunft der Aufsichtsbehörde vom 28. Januar 1914 zwar am 14., 18., 19. und 20. August 1913 von der Arbeit

fortgeblieben, hat aber demnächst bis zu seiner Einlieferung in das Krankenhaus noch einen vollen Monat weiterarbeiten und sich innerhalb dieses Zeitraums die Blutvergiftung in einem, dem Ausbruch der Krankheit näher liegenden Zeitpunkt außerhalb jeder Betriebsarbeit zuziehen können. Auf die bloße Möglichkeit hin, daß sich der Verstorbene bei dem Unfall vom 11. August 1913 eine von den Aerzten nicht bemerkte Hauttrennung zugezogen hat, in welche die Giftkeime bei dem Unfall oder später eingedrungen sind, kann eine Feststellung zugunsten der Kläger nicht getroffen werden. Ist hiernach mit dem Vorderrichter der ursächliche Zusammenhang der tödlichen Blutvergiftung mit dem Unfall vom 11. August 1913 zu verneinen, so muß auch dem Rekurse der Erfolg versagt werden. (Kompaß; 1916, Nr. 4.)

Tödliche von einem Nackenfurunkel ausgehende Blutvergiftung. Betriebsunfall nicht erwiesen. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 20. November 1915.

Das Rekursgericht hat auf Grund der ärztlichen Gutachten und des Ergebnisses der sonstigen Beweisaufnahme nicht die Ueberzeugung gewonnen, daß die Blutvergiftung, die den am 10. Januar 1914 eingetretenen Tod des Assistenten Qu. zur Folge hatte, durch einen Stoß auf den Furunkel im Nacken verursacht worden ist. Zunächst liegt ein ausreichender Beweis dafür, daß der Verstorbene sich tatsächlich im Betrieb an dem Furunkel gestoßen hat, nicht vor. Augenzeugen des von Qu. gegenüber dem Heildiener behaupteten Vorfalles sind nicht vorhanden. Gegen die Richtigkeit der Angaben Qu.s spricht die Tatsache, daß er nicht nur seiner Frau, sondern auch dem Koksmeister G., mit dem er sich in der Nacht vom 27. zum 28. Dezember nach dem Verbinden des Furunkels durch H. ungefähr eine Stunde über den Betrieb unterhielt, und dem Oberassistenten P., bei dem er am 4. Januar 1914 wegen seiner Erkrankung um Urlaub nachsuchte, von einem Betriebsunfall keine Mitteilung machte. Ganz besonders aber muß es auffallen, daß Qu. gegenüber den beiden Aerzten, die ihn im Januar 1914 behandelten, von einem Stoß gegen das Geschwür nichts erwähnte. Ausschlaggebend für die Entscheidung des Senats waren die Gutachten der Prof. Dr. D. und Dr. F., sowie des Gerichtsarztes Dr. G. Diese Sachverständigen haben eingehend und überzeugend dargelegt, daß nach den Bekundungen des Heildieners H. über den Zustand des Geschwürs, nach dem Befund bei der Leichenöffnung und insbesondere bei dem Fehlen stärkerer Reaktionserscheinungen in der Umgebung des Furunkels eine äußere Gewalteinwirkung überhaupt nicht angenommen werden kann. Nach den Gutachten dieser Aerzte besteht vielmehr die überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, daß die Einschwemmung der Eitererreger durch die Wege des Blut- und Lymphkreislaufes aus dem Furunkelherde allmählich und unabhängig von einer äußeren Verletzung des Furunkels erfolgt ist. Aber selbst wenn als richtig unterstellt wird, daß der Furunkel gestoßen worden ist, kann nach der ganzen Sachlage doch nur die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Stoß und Blutvergiftung angenommen werden. Die Möglichkeit allein reicht aber nicht aus, um die Beklagte verurteilen zu können. (Kompaß; 1916, Nr. 4.)

Die Genossenschaften haben beim Obsiegen des Klägers nur die Kosten des nach § 1596 der R.V.O. eingeholten Gutachtens, aber nicht etwaige Reisekosten usw. zur ärztlichen Untersuchung zu erstatten. Entscheidung des Oberversicherungsamts Dortmund vom 21. Dezember 1915.

Die Kosten für ein auf Antrag und Kosten des Verletzten eingeholtes Gutachten sind nach § 1596 Absatz 2 zu erstatten, „soweit es angemessen ist“, wenn auf Grund des Gutachtens eine Rente, die im Bescheide abgewiesen, gewährt oder die im Bescheide festgesetzte Teilrente erhöht worden ist. Der Zusatz „soweit es angemessen ist“, würde überflüssig sein, wenn schon bei einem Teilerfolge des Einspruchs die Kosten in voller Höhe zu erstatten wären. Im Gegenteil muß nach dieser Vorschrift auch geprüft werden, in welcher Höhe die Kosten bei einem Teilerfolg des Einspruchs zu erstatten sind.

Unter den Kosten für ein ärztliches Gutachten kann aber nach dem Sprachgebrauch nur diejenige Summe verstanden werden, die der Arzt für seine Mühewaltung gefordert hat, nicht aber etwa die Kosten, die

durch die Reise zum Arzte, Verdienstausfall und dergleichen entstanden sind. Hätte der Gesetzgeber auch die letzterwähnten Kosten als erstattungspflichtig angesehen, dann hätte er dies zum Ausdruck gebracht. Für die engere Auslegung des Begriffs der Kosten des ärztlichen Gutachtens spricht auch, daß andernfalls die Gefahr bestände, daß die Verletzten die Kosten ev. zu Lasten des Sektionsvorstandes ins Ungemessene steigern könnten, wenn sie nicht selbst dabei interessiert wären, die Kosten durch Inanspruchnahme eines Arztes nach Möglichkeit zu verringern. Für die Erstattungspflicht des Sektionsvorstandes kam daher zunächst nur die Summe in Frage, die der Arzt für das Gutachten gefordert hat.

Da Verletzter nur einen teilweisen Erfolg gehabt hat, den der Sektionsvorstand mit Recht auf $^2/_3$ veranschlagte, so entspricht es der Sachlage, daß der Sektionsvorstand nicht den vollen Kostenbetrag von 15 M. für das ärztliche Gutachten, sondern nur den Betrag von 10 M. erstattete. Der erhobene weitere Anspruch kann aus den angeführten Gründen als berechtigt nicht anerkannt werden. (Kompaß; 1916, Nr. 5.)

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Cholera.

Lentzsches Blutalkalitrockenpulver zur Bereitung von Choleranährböden in Feldlaboratorien. Von Stabsarzt Dr. Th. Fürst, zurzeit Leiter des bakteriologischen Feldlaboratoriums der 8. Armee. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 8.

Der für die Choleradiagnose bedeutungsvoll gewordene Dieudonnésche Blutalkalinährboden darf nicht unmittelbar nach der Bereitung verwendet werden; die Platten sollen vor 24stündigem Stehen und 8 Tage nach der Herstellung nicht gebraucht werden. Demgegenüber bietet das von Lentz empfohlene Blutalkalitrockenpulver für die Verhältnisse im Feldlaboratorium den Vorteil der kompendiösen Form und der sofort gebrauchsfähigen Nährbodenherstellung für plötzliche Cholerafälle.

Bei der Prüfung des aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte übersandten Blutalkalipulvers und der von der Firma Lautenschläger fabrikmäßig hergestellten Trockenpulverproben stellte Fürst fest, daß das Wachstum von Coli nicht vollständig unterdrückt wurde. Das gelang erst, wenn man entgegen der von Lentz gegebenen Vorschrift eine schwache Sodalösung anstatt destillierten Wassers zum Auflösen des Pulvers benutzt. Der zur Unterdrückung des Coliwachstums austitrierte Sodazusatz beträgt 0,2—0,3 %.

Weiter zeigte sich, daß man die Wirksamkeit des aus Lentzschem Trockenpulver hergestellten Nährbodens durch Zusatz von Rohrzucker (2 %) erheblich steigern kann, und zwar wird dadurch das Aufgehen vereinzelter Kolonien bei der Beimpfung mit Cholera-Coligemischen begünstigt. Ferner wachsen die auf dem Zuckernährboden aufgegangenen einzelnen Cholerakolonien durchweg üppiger und erhabener und auch zahlreicher. Endlich fällt die Probeagglutination, die von den Blutalkalinährböden ohne Zuckerzusatz oft nur sehr langsam eintritt, sofort und außerordentlich deutlich aus. Danach empfiehlt sich also für die Bereitung der Choleranährböden aus Lentzschem Blutalkalitrockenpulver einmal ein Zusatz von 0,3 % kristallisierter Soda, sodann von 2 %igem Rohrzuckeragar. Dr. Roepke-Melsungen.

2. Typhus.

Typhus-Schutzimpfung und -Infektion im Tierversuch. Von Prosektor Dr. Emmerich und Dr. Gerhard Wagner, Assistent am hygienischen Institut. Aus dem Pathologischen Institut der städt. Krankenanstalt und dem Hygienischen Institut der Universität Kiel. Mediz. Klinik; 1915, Nr. 3.

Zum Studium der Frage der Typhusschutzimpfung wurden 10 Kaninchen mit 3 verschiedenen (poly- und monovalenten) Impfstoffen immunisiert, dann durch Injektion von Typhusbazillen in die Gallenblase infiziert. 9 Tiere wurden zu Bazillenträgern. In den ersten Tagen nach der Infektion schieden fast alle Tiere Typhusbazillen im Kot aus, dann folgte eine 3 Wochen lange Pause, während der keine Typhusbazillen im Kot nachweisbar waren. Nach dieser Pause fanden sich die Typhusbazillen wieder im Kot. Von 3 nicht schutz-

geimpften, aber infizierten Tieren schieden 2 ununterbrochen Typhuskeime aus. Vielleicht läßt sich die 3 Wochen lange „Ausscheidungspause“ dadurch erklären, daß die Schutzstoffe zunächst die in den Darm übertretenden Typhusbazillen töten; wenn dann die Schutzkraft erlahmt (nach etwa 3 Wochen), kommen die Typhusbazillen wieder zum Nachweis. 1 Kaninchen ging 10 Wochen nach der Infektion an einer Typhussepsis ein. Von 6 infizierten und am Leben gelassenen Tieren schieden nach längerem freien Intervall nunmehr nach 9 Monaten wieder 2 erneut Typhuskeime aus. Bei der Beurteilung der event. Heilung muß man berücksichtigen, daß Typhusinfektionen beim Kaninchen auch spontan ausheilen. Die Schutzimpfung konnte die Entwicklung zu Bazillenträgern bei Kaninchen nicht verhindern. Aehnlich wie bei menschlichen Bazillenträgern kommt es beim Kaninchen zur Ausbildung einer chronischen Cholecystitis.

Dr. L. Quadflieg - Gelsenkirchen.

Zur Vakzinetherapie des Typhus abdominalis bei den prophylaktisch Geimpften. Von Dr. Karl Mayer, Assistent der med. Universitätsklinik in Krakau, derzeit k. und k. Ldst.-Oberarzt. Aus der Infektionsabteilung eines Festungsspitals. Med. Klinik; 1916, Nr. 1.

Durch die Schutzimpfung wird die Bildung von Heilstoffen gegen die Krankheitserreger und ihre Stoffwechselprodukte angeregt. Infolgedessen verlaufen die Typhuserkrankungen bei prophylaktisch Geimpften im allgemeinen leichter: von 98 beobachteten Fällen verliefen 51 leicht, 26 mittelschwer, 14 schwer; 7 starben. Für die Beurteilung des Wertes der therapeutischen Vakzination ist es nötig zu unterscheiden, ob sie zur Anwendung gelangt bei prophylaktisch geimpften oder nicht geimpften Kranken. 16 Typhusfälle, die 1—4 Monate vor der Erkrankung prophylaktisch geimpft worden waren, wurden gleich in den ersten Krankheitstagen mit Vakzinetherapie behandelt. Sie erhielten in Zwischenräumen von 2 Tagen drei bis fünf Injektionen von 0,5 bis 1,5 ccm Bujuvidscher Vakzine. Alle diese Fälle verliefen günstig; es kamen keine Rezidive, keine schweren Komplikationen und Nachkrankheiten zur Beobachtung. Die Fieber- und Krankheitsdauer wurde auf 2½—3 Wochen reduziert. Auf anderen Abteilungen sollen die Typhusfälle, die gleichzeitig mit dieser prophylaktisch geimpft worden waren, aber ohne Vakzinetherapie behandelt wurden, schwerer verlaufen sein; hierbei dauerte die Fieberperiode 3—5 Wochen. Ein Urteil über den Wert der Vakzine kann nur gewonnen werden, wenn große Zahlenreihen zur Verfügung stehen mit genauen Angaben über den Verlauf der einzelnen Epidemien, über vorhergegangene Schutzimpfungen bezw. deren Fehlen. Dr. L. Quadflieg - Gelsenkirchen.

---

3. Paratyphus.

Paratyphöse Erkrankungen. Von Prof. Dr. L. R. v. Korczynski. Aus der internen Abteilung des Landesspitals Sarajevo. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 2 und 3.

Die Paratyphusbazillen verursachen Erkrankungen mit verschiedenem Symptomenkomplex; einmal verläuft die Infektion unter dem Bilde eines Abdominaltyphus, dann der Gastroenteritis, schließlich der Cholera; außerdem können die Bakterien sich in fast allen anderen Organen lokalisieren. Unter den Paratyphusbazillen gibt es verschiedene Abarten, auch bilden einige hitzebeständige Toxine; daher spricht man am besten von paratyphösen Erkrankungen mit näherer Bezeichnung der Lokalisation. Im Vordergrunde steht die Infektion des Verdauungstraktus. Die Krankheitserreger gelangen im allgemeinen am häufigsten mit Fleischspeisen in den Organismus, besonders mit Hackfleisch und Wurst, dann auch mit anderen Fleisch- und Fischsorten, weiter durch Milch und Kontakt. Gefährlich sind natürlich Bazillenträgen im Nahrungsmittelgewerbe. In Sarajevo wurden in der Zeit von Januar 1914 bis Ende Juni 1915 50 paratyphöse Erkrankungen beobachtet und sichergestellt. Für die Verbreitung erschienen ganz besonders Würste und Selchfleisch verdächtig. Inwieweit das Trinkwasser mitbeteiligt ist, läßt sich nicht genau feststellen; nach den Mitteilungen des bakteriologischen Laboratoriums des k. und k. Festungsspitals sind jedoch im Leitungswasser vielmals Paratyphusbazillen gefunden worden. Im Verhältnis sehr stark beteiligt waren die in einer Straße

wohnenden Prostituierten, die ihre Eßwaren wahrscheinlich aus einem nicht einwandfreien Geschäft bezogen. 18 Fälle boten das Bild des Bauchtyphus mit z. T. sehr kurzem Inkubationsstadium und ohne deutliche Prodrome. Von den ausführlich geschilderten Symptomen dieser Fälle sind besonders zu erwähnen: Roseola in 33,3 %, Magenstörungen waren sehr selten, Darmstörungen (Diarrhöen und Obstipation) häufiger. Fast konstant fand sich Milzschwellung. Leukopenie kann fehlen, dagegen wurde fast stets Zunahme der Lymphozyten gefunden. Die Diagnose wurde bakteriologisch sichergestellt durch die Fickersche Modifikation der Widalschen Reaktion. Unter den 18 Proben fand sich positive Agglutination: 10 mal mit Paratyphus A, 3 mal mit Paratyphus B, 1 mal mit beiden, 4 mal war sie negativ; 2 mal fanden sich Paratyphusbazillen (Typhus?) im Stuhl. Die übrigen 32 Fälle boten das Bild der Gastroenteritis: Das erste akute Stadium mit Diarrhöen war meist in 1—3 Tagen vorüber; im weiteren Verlauf stellte sich dann öfter Obstipation ein; vereinzelte Roseolen wurden in 12,5 % gesehen. Der Bauch war druckempfindlich, besonders die Gegend des absteigenden Colons; Hyperaesthesie der Haut fand sich über dem Kreuzbein und seitlich davon = Headsche Strahlungszone der „Eingeweideschmerzen". In 59,3 % ließ sich die Milz deutlich fühlen; in den anderen Fällen durch die Perkussion als vergrößert nachweisen. Die Agglutinationsprüfung ergab in 13 Fällen ein positives Resultat. Konstante klinische Merkmale für die Erkennung der Paratyphus A- bezw. B-Infektion waren nicht vorhanden. In den 2 zur Sektion gekommenen Fällen fand sich neben enteritischen Erscheinungen Geschwürsbildung im Darm. Die Therapie war dieselbe wie bei Bauchtyphus.

Die Prophylaxe der Paratyphusinfektionen erfordert u. a. eine gute Nahrungsmittelkontrolle; dazu gehört eine bakteriologische Untersuchung der in der Nahrungsmittelbranche beschäftigten Personen.

Weiter fanden sich gehäuft Fälle — im ganzen 43 — von Pyelitiden bzw. Zystopyelitiden auf paratyphöser Basis, zu denen die Prostituierten den weitaus größten Prozentsatz stellten. Die Häufigkeit dieser Infektion legt die Annahme einer wirklichen epidemischen Verbreitung nahe. Alle diese Fälle betrafen weibliche Erkrankte. Die Symptome waren die der Pyelitis, mit Harndrang und Schmerzen beim Urinieren. Die meisten hatten vorher Bauchparatyphus, vielleicht auch ambulant, durchgemacht oder an Gastroenteritis paratyphosa gelitten. Möglicherweise sind mehrere davon Bazillenträger geblieben. Für die Infektion der Harnwege kommt Autoinfektion und manuelle Uebertragung der Paratyphusbazillen auf die Urethra, dann fortschreitend auf Blase und Nierenbecken, in Frage; die letztere Annahme trifft hauptsächlich auf die Prostituierten zu. Sie pflegen, um bei der Gesundheitsvisitation gonorrhöfrei zu erscheinen oder aus dem Krankenhause als gesund entlassen zu werden, kurz vor der Untersuchung das event. Sekret der Harnröhre durch Auspressen mit den Fingern zu entfernen. Sind die Finger, z. B. bei Bazillenträgern, mit Paratyphusbazillen infiziert, so ist diese Art der Infektion leicht möglich. Natürlich kommen auch noch andere Uebertragungen in Frage. Diese Patienten sind nicht eher zu entlassen als bis der Urin steril ist, besonders wenn es sich um Prostituierte handelt. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

4. Ruhr.

Zur Aetiologie der Ruhr. Von Prof. Dr. U. Friedemann und Dr. Steinbock. (Aus der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin.) Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 8.

Der Nachweis der spezifischen Erreger bei der Kriegsruhr stößt auf besondere Schwierigkeiten. In einem Etappenlaboratorium des Ostens ist im Laufe von 8 Monaten bei der Untersuchung vieler hunderte von Fällen der Nachweis von Dysenteriebazillen nur 15 mal geglückt (Seligmann). Die Autoren konnten unter 335 Patienten, deren Faezes wegen Ruhrverdachts untersucht wurden, nur bei 29 einen positiven Bazillenbefund erheben. Das erklärt sich daraus, daß die Ruhrbazillen durch die Konkurrenz der Darmbakterien sehr leicht unterdrückt werden können, auch meist nur in ganz bestimmten Stadien der Krankheit auffindbar und, wenn die Faezes den Darm verlassen haben, sehr schnell dem bakteriologischen Nachweis entzogen sind. Erst recht gilt das für die Kriegsruhr, weil die Erkrankung gerade im Beginn

dem Bakteriologen gar nicht zugänglich ist. Bei Verlegung des Laboratoriums näher an die Front stieg die Zahl der positiven Bazillenbefunde Seligmanns auf 38 %, bei den in der ersten Krankheitswoche Untersuchten auf 70 %. Auch Aronson konnte bei Untersuchung möglichst frischer Stuhlproben bei 299 von 1133 Fällen Dysenteriebazillen finden. In der Leiche konnten die Verfasser niemals Ruhrbazillen auffinden, weder im Darm noch in Mesenterialdrüsen, Milz, Herzblut trotz typischen anatomischen Ruhrbildes. Die Ruhr ist eben im wesentlichen eine Intoxikation, deren Wirkungen noch andauern, wenn die spezifischen Erreger bereits geschwunden sind; und die Darmbakterien erschweren das Ausheilen der Dickdarmgeschwüre und unterhalten auch nach dem Verschwinden der Ruhrbazillen den entzündlichen Zustand der Darmschleimhaut.

Das Versagen der bakteriologischen Diagnose hat den Glauben an eine einheitliche Aetiologie der epidemischen Ruhr erschüttert. Man beschuldigte Paratyphusbazillen, Streptokokkeninfektionen nach Angina und hielt die häufig unzweckmäßige Ernährung im Felde auch ohne Mitwirkung pathogener Keime für geeignet, das klinische Bild der hämorrhagischen Colitis zu erzeugen. Zur Klärung der Frage haben die Verfasser die Agglutinationsreaktion Shiga herangezogen, die nie eine ähnliche Bedeutung erlangt hat wie die Widalsche beim Typhus, weil sie erst in der dritten bis vierten Woche aufzutreten pflegt. Andererseits bleiben die spezifischen Serumveränderungen beim Rekonvaleszenten sehr lange bestehen, so daß sie noch nachträglich die ätiologische Natur der Erkrankung bestimmen lassen.

Im allgemeinen gelten für den Shiga-Kruse-Bacillus positive Reaktionen von der Verdünnung 1 : 50 ab, für die ungiftigen Ruhrstämme solche von 1 : 100 ab als beweisend. Sera von Shiga-Dysenterien agglutinieren häufig auch die andern Stämme, während das Umgekehrte weit seltener der Fall ist. Zu bemerken ist ferner, daß die Agglutination des Typhusbacillus mit der Bildung eines feinkörnigen Niederschlags verglichen werden kann, daß aber bei der spezifischen Agglutination des Ruhrbacillus grobe Klumpen entstehen, die rasch zu Boden sinken. Nur diese Form der Reaktion ist bei der Ruhr diagnostisch verwertbar, während die feinkörnige Agglutination auch durch unspezifische Nebenagglutination hervorgerufen werden kann. Ruhrstämme, die die klumpige Auflockung nicht in charakteristischer Weise zeigen, sind für diagnostische Zwecke nicht zu brauchen.

Die Ergebnisse der Kontrolluntersuchungen waren, daß von 44 ruhrfreien Patienten (19 gewöhnliche Durchfälle, 15 Typhusfälle, 10 Typhusschutzgeimpfte) in keinem Fall Shiga-Bazillen in der charakteristischen Weise agglutiniert wurden. Hingegen wurden die atoxischen Flexner- und Y-Bazillen von einigen Sera noch in der Verdünnung 1 : 40 in typischer Weise zusammengeklumpt, und war die feinkörnige Agglutination im Serum von Typhus-Rekonvaleszenten und -Schutzgeimpften auch dem Shiga-Bacillus gegenüber bisweilen anzutreffen.

In der 2. Versuchsweise zeigten von 44 Fällen klinischer Ruhr, die von der Ostfront stammten, 34 typische, grobklumpige Agglutination; in 8 Fällen war überhaupt keine Ruhragglutination festzustellen, und zweimal wurde Y-Agglutination ohne Shiga-Agglutination beobachtet.

Angesichts der vielen negativen Ergebnisse der bakteriologischen Stuhluntersuchungen ist die Zahl der positiven Serumreaktionen erstaunlich und unerwartet hoch: von den klinischen Ruhrfällen erwiesen sich nicht weniger als 81,8 % serologisch als echte bazilläre Ruhr, davon 77,3 % der schweren Form der Shiga-Kruse-Dysenterie zugehörig, und nur bei 18,2 % ließ sich die Aetiologie auf serologischem Wege nicht stellen. Von den obigen 34 positiv reagierenden Fällen konnten bakteriologisch nur 5 = 14,7 % als Ruhr diagnostiziert werden. Die Agglutinationsreaktion gegenüber dem Shiga-Kruse-Bacillus ist also spezifisch und diagnostisch verwertbar, wenn nur die grobklumpige Form der Agglutination berücksichtigt wird.

Das Resultat der Beobachtungen, die fast ausschließlich Ruhrfälle aus dem Osten betreffen, ist prophylaktisch und therapeutisch wichtig. In prophylaktischer Hinsicht mahnt es, jede an der Ostfront vorkommende hämorrhagische Colitis auch bei negativem Bazillenbefund als Bazillenruhr zu

betrachten; und in therapeutischer Hinsicht dürfte es nicht erforderlich sein, die Anwendung des spezifischen Shiga-Dysenterieserums von der bakteriologischen Diagnose abhängig zu machen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Epidemiologie und Bekämpfung der Ruhrerkrankungen im Felde. Von Stabsarzt d. R. Prof. Dr. Jos. Koch, Mitglied des Kgl. Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch“, Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 7.

In der Epidemiologie der Ruhrerkrankungen spielt die „zeitliche und örtliche Disposition“ eine gewaltige Rolle. Die Bedeutung der Ruhr als Heeresseuche geht aus den Zahlen des Krieges 1870/71 hervor. Nach Schuster erkrankten an Ruhr in der Armee 38652 Mann = 4,9 % mit 2380 Todesfällen = 6 °/₀ der Kranken. Offiziere, Aerzte, Beamte eingerechnet, erhöhen sich diese Zahlen auf 88975 und 2405. Wie im Jahre 1870/71 kam es auch im jetzigen Kriege in den Monaten September und Oktober zu einer epidemischen Ausbreitung der Ruhr, die im September ihren Höhepunkt mit 16,7 °/₀₀ der Kopfstärke erreichte.

Gewisse Bedingungen und begünstigende Momente müssen vorhanden sein, wenn es zu einer epidemischen Ausbreitung der Ruhr kommen soll. Daß der ruhrkranke Mensch die Hauptinfektionsquelle ist, ist in diesem Kriege aufs neue bestätigt worden. Das schnelle seuchenhafte Umsichgreifen der Ruhr in den Ortschaften beruht aber auf anderen Ursachen: auf der Verunreinigung der Ortschaften mit Ruhrstühlen, die eine gewaltige Verbreitung von infektiösen Keimen ermöglichen, auf der Verseuchung des Wassers und Inhaltes der Brunnen und der längeren Konservierung der Ruhrbazillen in diesem während der heißen Monate, endlich auf der Verschleppung durch Fliegen. Wo diese Bedingungen zutreffen, da schaffen sie die sog. „örtliche Disposition“ oder den „sieghaften“ Boden im Sinne Pettenkofers.

Beobachtungen von Ruhrepidemien auf Truppenübungsplätzen haben gelehrt, daß bei einer Ruhrepidemie der größte Teil der Mannschaft eines verseuchten Gebietes sich mit den Erregern der Ruhr infiziert, ohne ernstlich zu erkranken. Es bedarf noch einer Gelegenheitsursache, eines auslösenden Momentes. Die „persönliche Disposition“, die den Boden für die Ansiedelung der Ruhrbazillen vorbereitet, ist in der Mehrzahl der Fälle in Katarrhen des Magendarmtraktus zu suchen, für welche die heißen Monate (Juli bis September) die günstigste Zeit sind. Es kann daher der Einfluß einer guten Kost und einer regelmäßigen Ernährung durch die Feldküche auf die Widerstandsfähigkeit der Truppe gegen Infektionskrankheiten gar nicht hoch genug bewertet werden. Ebenso ist die gute Trinkwasserversorgung im Felde beim Biwakieren usw. eines der wertvollsten Mitteln im Kampfe gegen die Seuchen. So wirken verschiedene Umstände zusammen, um neben der örtlichen auch die „zeitliche“ Häufung der Ruhrfälle in den heißen Monaten und die Steigerung zur Epidemie unter den Truppen zu bedingen. Im übrigen ist aber schwer, den Anteil der einzelnen Faktoren bei einer Ruhrepidemie auch nur einigermaßen richtig abzuschätzen.

Bei der Bekämpfung kommt alles darauf an, den Stuhl des Ruhrkranken sobald als möglich zu vernichten oder wenigstens unschädlich zu machen. Im Felde kann das am einfachsten geschehen, daß jeder Mann sofort nach der Defäkation seine Exkremente vergräbt und zwar so tief, daß der Kot bei Regenwetter nicht fortgespült werden kann. Damit wird zugleich die Fliegenplage wesentlich eingeschränkt und gleichzeitig Cholera- und Typhus-Prophylaxe geübt. Weiter hat in den heißen Monaten eine besonders gewissenhafte Ueberwachung des Trinkwassers und der Ernährung durch die Truppenärzte stattzufinden (Verhinderung des Trinkens von kaltem Wasser in größeren Mengen in erhitztem Zustande, Fernhaltung infizierten Wassers, Beschaffung von Tee und Kaffee in genügenden Mengen, Aufstellung der Jahreszeit entsprechender Speisezettel für die Feldküche).

Hat die Ruhr ihren Eingang in eine Truppe gefunden, dann wird sich im Bewegungskriege die Absonderung der Ruhrkranken nur schwer, die bakteriologische Untersuchung überhaupt nicht durchführen lassen. Letztere

fällt auch verhältnismäßig häufig negativ aus, so daß die Entscheidung in der Ruhrdiagnose zunächst dem Kliniker überlassen bleiben muß.

Eine gewisse Trennung zwischen Gesunden und Leichtkranken ist durchzuführen, indem man alle an Darmstörungen leidenden Mannschaften in der Truppe feststellt, sie gesondert von der übrigen Truppe hält, ihnen nach Möglichkeit besondere Quartiere zuweist, ihre Ernährung dem Darmleiden entsprechend regelt, ihnen möglichst weitgehende körperliche Schonung vorschreibt und die Latrinenhygiene mit besonderer Sorgfalt durchführen läßt. Die Verlegung aus den alten verseuchten Quartieren in neue einer anderen Gegend ist unbedenklich. Dr. Roepke-Melsungen.

5. Diphtherie.

Ueber primäre Nasendiphtherie. Von E. Bergh. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie; Bd. 49, Nr. 10.

Verfasser hat die primäre Nasendiphtherie vorzugsweise bei Kindern im Alter von 1—10 Jahren und während der kälteren Jahreszeit beobachtet. Als besondere Komplikationen sind in den 35 beobachteten Fällen Albuminurie, Herzlähmung, purulente Mittelohraffektionen aufgetreten. Die Prognose ist bei Serumbehandlung günstig, jede lokale Therapie nach der Serumeinspritzung überflüssig. In den mit Serum behandelten Fällen verbleiben die Diphtheriebazillen auf der Nasenschleimhaut im Durchschnitt nicht länger als bei Diphtherie auf anderen Schleimhäuten. Die hauptsächlichste Bedeutung der primären Nasendiphtherie liegt darin, daß sie Bazillenträger erzeugt.

Dr. Roepke-Melsungen.

6. Tetanus.

Ueber die „Fibrillentheorie" und andere Fragen der Toxin- und Antitoxinwanderung beim Tetanus. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität Freiburg i. Br.). Von L. Aschoff-Freiburg und H. E. Robertson-Minneapolis. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 26 und 27.

Die bisherigen Kriegserfahrungen über die Anwendung des Tetanustoxins sind ausschließlich empirisch gewonnene Tatsachen, die nur das bestätigen, was die Behringsche Schule bezüglich der Verwendung des Antitoxins experimentell festgelegt hat. Diese Ergebnisse haben aber zum Teil noch bis heute keine volle Berücksichtigung erfahren und veranlaßten die Autoren zu weiteren tierexperimentellen Nachprüfungen über das Schicksal des Toxins und Antitoxins im Tierkörper und daraus zu ziehenden Schlüssen hinsichtlich der Anwendung des Antitoxins beim Menschen.

Zahlreiche Autoren haben aus ihren Versuchen geschlossen, daß das Tetanusgift von den Muskelnervenenden absorbiert wird und sich zentripetal zum Rückenmarke fortpflanzen muß, den Achsenzylindern entlang, oder wie Meyer und Ransom es ausdrücken: „Das Gift muß im Fibrillenplasma strömen." Gegen diese heute allgemein gültige Vorstellung der „Fibrillentheorie", der Leitung des Giftes in den fibrillären Strukturen bis zum Rückenmarke und auch im Rückenmarke selbst, werden theoretische Bedenken und die Ergebnisse der Tierversuche angeführt. Es wird gezeigt, daß alle Resultate vollkommen nur mit der Theorie von der Leitung des Giftes in den Nervenlymphbahnen übereinstimmen, und daß diese „Lymphbahnentheorie" auch die anerkannte Wirkung des Antitoxins auf das Toxin im Tierexperiment am besten zu erklären vermag. Für die Lymphbahnentheorie sprechen weiterhin alle Versuche, die von Behring an bis heute über die prophylaktische Anwendung des Antitoxins ausgeführt worden sind.

Die Klärung der Frage ist prophylaktisch und therapeutisch von großer praktischer Bedeutung. Denn wenn Tetanusgift in den Achsenzylindern wandert und sie erst einmal erreicht hat, ist keine Hoffnung mehr vorhanden, seinen Lauf durch die Injektion von Antitoxin aufzuhalten. Tatsächlich wandert aber das Tetanusgift schnell und vorwiegend in den Lymphbahnen der peripheren Nerven, wird dann zum Zentralnervensystem geleitet und kann durch Antitoxin in jedem Stadium der Wanderung neutralisiert werden bis zu der Zeit, wo es sich endgiltig zu einer irreversiblen Verbindung mit den Elementen des Nervensystems vereinigt, für

die es besondere Affinität besitzt. Voraussetzung für die Wirkung ist allerdings, daß das Antitoxin in genügender Konzentration an die betreffenden Stellen gebracht werden kann. Deshalb ist Behrings Bemühen durchaus berechtigt, ein so stark konzentriertes Antitoxin zu erhalten, daß es, wenn auch mit allen Gewebsflüssigkeiten des Körpers verdünnt, doch noch genug Neutralisationskraft besitzt, um das Gift, wo es nur irgend erreichbar ist, unschädlich zu machen, ehe es die lebenswichtigen Zentren erreicht.

Wenn aber beim Menschen die ersten Symptome aufgetreten sind, befinden sich in der Regel die wichtigsten Lebenszentren bereits in großer Gefahr; und in einem großen Prozentsatz der Fälle, besonders bei solchen mit einer Inkubationsdauer von weniger als 6 Tagen, ist es dann sehr zweifelhaft, ob irgendwelche Mittel überhaupt noch diese Zentren vor der endgültigen Vergiftung zu schützen imstande sind. Unsere ärztlichen Bemühungen müssen daher hauptsächlich gerichtet sein 1. auf die Neutralisation desjenigen Giftes, das noch weiterhin in der Wunde gebildet und in das Blut geleitet werden kann; 2. auf die Erhaltung der Kräfte und der Widerstandsfähigkeit des Patienten durch geeignete symptomatische und lokale Behandlung. Das beste, was man also tun kann, ist: das Gift, das im Blute frei zirkuliert, im erstmöglichen Augenblick unschädlich zu machen.

Für diesen Zweck ist die intravenöse Injektion von Antitoxin ein fast vollkommenes Mittel, zumal es dann nicht in ungeheuren oder auch nur in großen Dosen gegeben zu werden braucht. Dagegen ist die wegen ihrer Einfachheit bevorzugte subkutane Anwendung für therapeutische Zwecke, wenn die Symptome erst einmal aufgetreten sind, eine nutzlose Zeitverschwendung. Die Autoren empfehlen daher, jeden Fall, bei dem sich Tetanussymptome zeigen, sofort ohne Aufschub mit einer intravenösen Einspritzung von 20 A.-E. Tetanusantitoxin zu behandeln. Diese eine Einspritzung von 20 A.-E. genügt reichlich, um das Gift zu neutralisieren; es hat daher auch nur geringen oder gar keinen Wert, die Dosis zweimal täglich oder jeden zweiten Tag zu wiederholen.

Neben der intravenösen Injektion kann noch die subarachnoideale Einspritzung des Antitoxins (20 bis höchstens 100 A.-E.) in Frage kommen, vorausgesetzt, daß der Zustand des Patienten eine länger dauernde Tiefenlagerung des Kopfes bei Beckenhochlage gestattet oder der behandelnde Arzt die zervikale subarachnoideale Injektionsmethode genügend beherrscht. Aber auch diese Eingriffe müssen sofort nach Auftreten der Symptome ausgeführt werden, wenn sie überhaupt noch Hilfe bringen sollen. Jedenfalls ist und bleibt die sofortige intravenöse Injektion von 20 A.-E. für Heilzweke die Hauptbehandlung.

Groß und vielverheißend ist nach Ansicht der Verfasser die prophylaktische Wirkung des Antitoxins, wenn auch die Kliniker darin noch nicht übereinstimmen. Trotz prophylaktischer Injektion sind Tetanusfälle vorgekommen, nach den Literaturangaben vom jetzigen Kriege in 66 Fällen, bei denen Angaben über Zeit, Einspritzung, Dosis, Art des Antitoxins, Inkubationszeit vorliegen; 36 Fälle verliefen sogar tödlich. Hier ist in erster Linie der Zeitinterwall zwischen Verletzung und Injektion des Heilserums entscheidend. Die Schutzseruminjektion (subkutan oder intravenös) soll ebenfalls so früh wie möglich, falls durchführbar noch innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Verletzung gemacht werden; das geschah unter den oben angegebenen Fällen nur bei 18, von denen 50% durchkamen. Das französische Antitoxin hat sich weniger zuverlässig in der Wirkung gezeigt.

Anstelle der Injektion des flüssigen Antitoxins können im Kriege, zumal im Bewegungskampf, trockene Antitoxintampons Verwendung finden. Sie haben die Vorzüge des Antitoxinpulvers von Calmette und die des frischen Antitoxintampons, vermeiden deren Nachteile und besitzen eine Wirkungsdauer von 6 Wochen und mehr. Die Anwendung der Antitoxintampons empfiehlt sich auch, wenn eine Wiederholung der Serumanwendung wünschenswert erscheint und die Gefahr einer Anaphylaxie durch die erneute Serumeinspritzung vermieden werden soll.

Das Versagen der prophylaktischen Antitoxininjektion kann auch durch lange Inkubationsdauer — 15 bis 25 Tage — bei Tetanus (verzögertem Tetanus)

bedingt sein. In solchen Fällen wird das Tetanusgift erst gebildet oder absorbiert, wenn von dem zuerst gegebenen Antitoxin, dessen Wirkung praktisch eine Woche anhält, nur wenig oder gar kein Schutz mehr (20 Tage nach der Injektion) zu erwarten ist. Hier würde die Benutzung von Antitoxinwatte zum Verbinden etwa jeden fünften Tag vorteilhaft sein.

Die Wiederholung der subkutanen Injektion von 20 A.-E. ist aus prophylaktischen Gründen immer geboten, wenn etwa ein späterer chirurgischer Eingriff an der verletzten Extremität geplant wird; sie geht am besten 24 bis 48 Stunden der Operation voraus. Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Tetanusfrage. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Menzer-Bochum. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 8.

Auf der Kriegschirurgentagung in Brüssel ist mit fast allgemeiner Zustimmung der Ansicht Ausdruck gegeben worden, daß die Behandlung des frühzeitig nach der Verletzung ausgebrochenen Tetanus auch mit großen Dosen Antitoxin einen Erfolg nicht zeitigt, und daß es deshalb unbedingt ratsam ist, die unnötige Serumverschwendung bei ausgebrochenem Tetanus aufzugeben und dafür die fast allgemein als nützlich angesehene prophylaktische Antitoxinbehandlung in weitgehendem Maße anzuwenden. In der theoretischen Frage, weshalb das Tetanusantitoxin bei dem frisch ausgebrochenen Tetanus so vollständig versagt, spricht manches dafür, daß der menschliche Tetanus, insbesondere der Kriegstetanus, zu einer generalisierten Infektion mit septischen Bakterien und vielleicht auch mit Tetanusbazillen oft führt. Das Tetanusantitoxin hat wahrscheinlich neben der antitoxischen noch eine bakteriolytische Komponente; seine Anwendung bei ausgebrochenem Tetanus ist daher nutzlos, wenn nicht sogar in manchen Fällen direkt nachteilig.

Die Behandlung des Tetanuskranken muß neben der zweckentsprechenden Versorgung der Eingangswunde eine allgemeine sein und von dem Grundsatz ausgehen, daß die für den Kranken dringend gebotene Ruhe nicht durch allzugeschäftige Polypragmasie gestört werden darf. Dr. Roepke-Melsungen.

---

7. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Ueber den Ausfall der Wa.R. bei Verwendung größerer Serummengen. Aus der Universitäts-Hautklinik in Rostock. Von Dr. B. Fischer, Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 5.

Die von Kromayer angegebene Methode der Verwendung größerer Serummengen bei der Wa. R. läßt sich, neben der ursprünglichen angewandt, allgemein zu diagnostischen und zu therapeutischen Zwecken verwerten. Sie hilft die Fälle aufklären, die wohl auf Lues verdächtig, aber klinisch nicht einwandsfrei sind und eben in geringen Serummengen erst oder zurzeit nur sehr wenig spezifische Stoffe enthalten. Gerade bei zweifelhaften, kurz bestehenden Ulzerationen des Primärstadiums, bei denen der Spirochätennachweis nicht mehr gelingt infolge bereits erfolgter äußerlicher Behandlung, ist die Kromayersche Methode äußerst wertvoll; sie ist da imstande, in vielen Fällen bei vorhandener Lues eine negative Wa. R. bei 0,1 ccm in eine komplett positive bei 0,4 ccm umzuwandeln und dadurch die Behandlung viel früher einzuleiten. In vielen anderen Fällen wird sie eine minimale Hemmung durch Verstärkung zur totalen oder partiell stärkeren Hemmung als spezifisch oder nicht spezifisch erkennen zu lassen.

Die Kromayersche Modifikation ist auch ein wesentlicher Indikator für die Behandlung; man soll die Kur, namentlich bei frischen Fällen möglichst erst dann beenden, wenn die Wa. R. auch bei 0,4 ccm negativ geworden ist. Anderseits darf aber ein sehr rasches Negativwerden auch bei 0,4 ccm nicht verleiten, die Therapie weniger energisch und ausgedehnt durchzuführen. Alle bei Verwendung von 0,4 ccm Serum zur Wa. R. erzielten Hemmungen waren als spezifische zu betrachten. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Fortbewegung der Geschlechtskrankheiten in der Festung Breslau während des ersten Kriegsjahres. Von Dr. Martin Chotzen. Münchener Medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 9.

Die Zahl der in den städtischen Krankenhäusern Breslaus behandelten, erkrankten, überwachten Prostituierten betrug vom 1. August bis 31. Juli:

	1911/12	1912/13	1913/14	Durchschnittl.	1914/15
Krankenzahl	460	349	333	380	679
Verpflegungstage	11 822	8969	8559	9783	17 586

Die Zunahme der kranken Prostituierten während des ersten Kriegsjahres ist also fast eine Verdoppelung. Die Gründe der Zunahme sind verschieden. Einer der Gründe ist die Zunahme der Besatzung.

Die relative Erkrankungshäufigkeit der Besatzung war auf je 1000 der Kopfstärke: 1911/12: 3,3 %, 1912/13: 2,6 %, 1913/14: 2,9 %, 1914/15: 3,1 %.

Eine relative Zunahme der Geschlechtshäufigkeit der Besatzung Breslaus ist also nicht nachweisbar; dagegen eine starke absolute, die dann in der Zivilbevölkerung sich auswirkt. — Entgegen den bestimmten Vorschriften zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten fehlt uns bei den Geschlechtskrankheiten jede Handhabe zum wirksamen Schutz der Bevölkerung. Notwendig ist eine zwangsweise Behandlung. Auf Anregung Chotzens hat der Gesundheitsausschuß der armierten Festung Breslau beschlossen, den Herrn Stadtkommandanten zu ersuchen, bei der zuständigen Behörde anzuregen, daß Angehörige der Armee und Marine, die während des Kriegsdienstes mit einer sichtbaren oder schlummernden Geschlechtskrankheit behaftet waren — besonders nach Friedensschluß — zum Schutze der Heimatsbevölkerung erst dann von der Truppe entlassen werden, wenn eine Uebertragung der Krankheit auf Grund der neuzeitigen Untersuchungsverfahren nicht mehr zu befürchten ist.

(Referent möchte auf die wenigstens im Allgäu starke Zunahme der Behandlung an Geschlechtskrankheiten aller Art, namentlich auch der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, von seiten der nicht geprüften Krankenpfleger besonders auch hier hinweisen.) Dr. Graßl-Kempten.

---

8. Sonstige Krankheiten.

Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Pneumokokkeninfektionen. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität Halle). Von Priv.-Doz. Dr. W. Schürmann. Med.-Klinik; 1915, Nr. 27.

Die meisten Immunsera erzeugen in Filtraten der Bakterienkulturen spezifische Niederschläge, Präzipitine. Diese Niederschläge treten aber nur dann auf, wenn ein Immunserum mit Filtraten der zugehörigen Bakterienkultur zusammengebracht wird (Kraus). Ascoli und Valenti gaben 1911 ein neues Verfahren an, das „Thermopräzipitinreaktion“ genannt wurde, weil die zur Anstellung der Reaktion benötigten Organextrakte im kochenden Wasserbade erhitzt wurden.

Die für die Milzbranddiagnose bedeutungsvoll gewordene Thermopräzipitinreaktion wurde nun von Schürmann bei Pneumokokkeninfektionen versucht, und zwar erstreckten sich die Versuche auf mit Pneumokokken infizierte Laboratoriumstiere, ferner auf Exsudat und Leichenteile von an Pneumonie zugrunde gegangenen Menschen und auf Sera von Pneumoniekranken.

Zur Anstellung der Reaktion werden die Organteile, Exsudate oder Sera mit der fünffachen Menge physiologischer Kochsalzlösung vermischt, im Wasserbade 5 Minuten gekocht und bis zur vollkommenen Klarheit filtriert. Dann werden die gewonnenen klaren Extrakte auf ein hochwertiges, gut präzipitierendes Pneumokokkenserum in kleinen Präzipitationsröhrchen geschichtet. Bei positiver Reaktion entsteht an der Berührungsstelle der beiden Schichten ein weißer Ring und zwar innerhalb von 15 Minuten.

Nach dem Ausfall der Versuche ist die Thermopräzipitinreaktion bei Pneumokokkeninfektionen streng spezifisch. Es gelingt durch sie der Nachweis von Pneumokokkeninfektionen mit den Organextrakten frisch verendeter und auch in Verwesung übergegangener Tiere und Menschen da, wo das bakteriologische Kulturverfahren im Stiche läßt. Sie gibt auch eindeutige Resultate mit Körperflüssigkeiten, die durch Pneumokokken hervorgerufen sind, und kann bei Verwendung von Krankenserum zur Unterstützung der klinischen Diagnose bei Pneumonie herangezogen werden. Ihr Ausfall ist beweisend vom siebenten Tage. Letzteres beeinträchtigt allerdings ihren klinischen Wert am Krankenbett.

Dr. Roepke-Melsungen.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wasserversorgung.

Die Desinfektion kleinerer Trinkwassermengen durch chemische Mittel. Von Prof. Dr. Spitta-Berlin. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 46.

In der Arbeit wird kurz die Entwicklung der Trinkwassersterilisation durch Chemikaliea, besonders Chlor in Form von Chlorkalk besprochen. Von dem Chlor ist auch Gebrauch gemacht in der Packung, die von den Farbenfabriken Friedr. Bayer & Co. für Heereszwecke hergestellt wurde. Zur Desinfektion dienen 0,2 g Calciumhypochlorit pro l = etwa 140 mg aktives Chlor. Diese Menge erscheint sehr hoch, man muß jedoch bedenken, daß damit auch ein sehr stark verunreinigtes Wasser in kurzer Zeit sterilisiert werden soll. Zur Entfernung des Chlorgeschmackes dient Wasserstoffsuperoxyd in der Form von 0,4 g Ortizon (= ein haltbares Wasserstoffsuperoxydkarbonat mit etwa 30% H_2O_2). Das Verfahren ist einfach und zuverlässig, wenn keine gröberen Partikelchen in dem fraglichen Wasser enthalten sind. In solche eingeschlossene Bakterien würde das Desinfiziens nicht abtöten. Daher müssen vor Anwendung größere Partikel abgeseit werden.

Ein anderes auf den Markt gebrachtes Mittel sind die Mikrozidtabletten; sie genügten den Anforderungen nicht. Das gleiche kann man von den Katazidtabletten behaupten; bei der Nachprüfung wurden Typhusbazillen nach 45 Minuten langer Einwirkung noch nicht sicher abgetötet. Infolge der ungenügenden Zersetzung des Wasserstoffsuperoxyds — es blieben nach Ablauf der Einwirkungsdauer noch 1100—1400 mg H_2O_2 auf 1 l Wasser zurück — war das Wasser völlig ungenießbar.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber Katacidtabletten. Von Prof. Dr. W. Weichardt, zurzeit fachärztlicher Beirat für Hygiene beim Sanitätsamt des III. B. A.-K. und Dr. Maximilian Wolff. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität Erlangen.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 4.

In dem Streben, dem einzelnen Mann im Felde die Möglichkeit zu geben, sich jederzeit infektionsfreies Trinkwasser zu verschaffen, sind verschiedene Mittel in den Handel gebracht worden, so auch von der Firma Dr. Henning-Berlin die Dr. Strauß Katacidtabletten (20 Stück 1,50 M.). 1 Tablette soll bei 15 Minuten langer Einwirkung 1/4 l Wasser desinfizieren, resp. darin enthaltene pathogene Keine abtöten. Die Katacidtabletten bestehen aus einer 86%igen Wasserstoffsuperoxyd-Carbamid-Verbindung, tierischer Katalase (zur Spaltung des Wasserstoffsuperoxyds) und Zitronensäure als Geschmackskorrigens. Bei der Nachprüfung des Mittels kommen die Verfasser zu dem Ergebnis, daß das Resultat bei 15 Minuten langer Einwirkung höchst unsicher ist, daß auch bei noch längerer Einwirkung nicht alle pathogenen Bakterien abgetötet werden. Das Mittel ist daher zur Verwendung ungeeignet, wenn nicht gefährlich. Auch der Geschmack läßt viel zu wünschen übrig.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

2. Nahrungsmittelhygiene.

Die Frischerhaltung von Lebensmitteln. Von R. Stetefeld, Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1915, Bd. 47.

Die Aufbewahrung von Lebensmitteln in gekühlten Räumen, die immer mehr Anwendung gefunden, läßt sich desto länger ausdehnen, eine je kältere Temperatur die betreffenden Nahrungsmittel vertragen. Die Kälte hemmt die Verdunstung, schränkt die Eintrocknung ein und verhindert die Tätigkeit der Gährungs- und Fäulnispilze. Die Luft in den Lagerräumen muß kühl, relativ trocken und bakterienfrei sein und gut zirkulieren.

Gekühltes, nicht gefrorenes Fleisch ist höchstens 6 Wochen haltbar, durchgefrorenes und bei — 5° bis — 6° aufbewahrtes dagegen monate- und jahrelang, ohne daß Nährwert und Verdaulichkeit darunter leiden. Die Erfahrungen sind an Rindfleisch aus Südamerika und Australien und an Hammeln gemacht; dies gilt auch für Wild und Geflügel. Gefrorene Tierkörper sollen vor der Zubereitung sorgfältig aufgetaut werden.

Ausgeweidete Fische können durch Kälte lange konserviert werden; sie

sind, wenn sie nicht gleich nach dem Töten genossen werden, immer zumindest in Eis verpackt aufzubewahren. Für langes Aufbewahren ist Einfrieren nötig. Auch Fischkonserven sind kühl aufzubewahren, ebenso Milch und Käse.

Gekühlte Butter soll möglichst in dunklen Lagerräumen aufbewahrt werden, da sie sonst, selbst bei kühler Temperatur des Raumes, zum Ranzigwerden neigt.

Eier, in Eierkisten von 1400—1500 Stück, werden zweckmäßig in gekühlte Räume mit starker Luftbewegung eingebracht und in möglichst kurzer Zeit auf nahezu 0° gekühlt. Danach vertragen sie eine Lagerung von Mai bis zum Anfang des folgenden Jahres bei Raumtemperaturen von + 1 bis + 0° und relativer Feuchtigkeit der Luft im Raume von 75—80%. Das Kühlhausei bewährt sich besser als die in Wasserglas, Schmalz- oder Kaltlagerung aufbewahrten Eier. Bei der Kaltlagerung ist das Verpacken in Weizen- und Roggenstroh oder Holzwolle zweckmäßig.

Auch bei Obst und Gemüse wird Kaltlagerung angewendet, während sie bei Kartoffeln noch umstritten ist.

Die Einlagerung von Wurst, Schinken, Speckseiten, Pökelfleisch usw. ist in gut betriebenen Kühlräumen mit Temperaturen von 4—6° über Null und Feuchtigkeitsgehalten von 80—75% als einwandsfrei zu betrachten. Diese Dauerware erleidet bei dem üblichen Aufhängen in gewöhnlichen Räumen während 4—6 Monaten Lagerzeit etwa 24—25% Gewichtsverluste, bei Lagerung in Schmalz 15—16%, dagegen bei Kühlung nur 5—6%. Die Herstellung von Dauerware aus gefrorenem Fleisch ist ebenfalls möglich.

Roggen, Hafer, Erbsen werden durch elfmonatige Lagerung in Kälte in ihrem Keimungsprozeß und Nährwert nicht beeinflußt.

In kalten Räumen gelagerte Nahrungsmittel müssen vor dem Gebrauche mit Vorsicht nach und nach in warme Umgebung gebracht werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Entspricht die jetzige Broterzeugung den modernen biochemischen Forschungen der menschlichen Ernährung? Von Hofrat Prof. Dr. J. Stoklasa-Prag. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 3.

Ueber die derzeitige Brotfrage stimmen die breitesten Schichten des Volkes, Physiologen und Aerzte in ihren Anschauungen nicht überein. Die einen halten nur Vollkornbrot, d. h. ein durch Ausmahlen des ganzen Getreidekorns hergestelltes Brot, wegen der Erhaltung aller im Korn geborgenen, auch anorganischen Nährstoffe für ein einwandfreies Gesundheitsbrot; die anderen wünschen für die Brotherstellung den Weizen bis zu 75%, den Roggen bis zu 65% ausgemahlen. Jetzt zu Kriegszeiten werden beide Brotfrüchte auf 80—85% ausgemahlen, aber infolge gründlicher Abscheidung der Kleie von dem übrigen Mehl ist dessen Zusammensetzung keine solche, daß neben den wichtigen Eiweißstoffen, Fett und Kohlehydraten auch die anorganischen Bestandteile und hochwichtigen organischen Verbindungen (Phosphor, Kalium, Kalzium, Magensäure, Eisen, Nukleoalbumin, Phytine, Lezithine, Hämatogene usw.) zugegen sind; das Embryo des Korns mit den Aleuronschichten gelangt eben in die Kleie.

Die Erkenntnis von der großen Wichtigkeit der in der Kleie vorhandenen Stoffe für die menschliche Ernährung führte Finkler-Bonn zu dem Naßverfahren in der Behandlung des Mehlgutes, durch das eine feine Zerkleinerung der Kleie stattfindet, das ganze Getreidekorn durch Aufschließen der Aleuronzellen für die Ernährung des Menschen gewonnen und jegliche Erhitzung des Mehles vermieden wird. Die Kleie wird mit einer 1proz. Kochsalzlösung in kalkkaltigem Wasser versetzt und auf besonders gebauten Raffineuren gemahlen. Das so dargestellte Mehl, das sog. Finalmehl, wird leicht resorbiert, ist sehr reich an verdaulichen Stickstoffsubstanzen, enthält Phosphorsäure (Nukleoalbumin) und die Enzyme, die bei der Teigbereitung und Teiggährung zur Wirkung kommen.

Es wurden Backversuche vorgenommen und die Ergebnisse der chemischen Analysen gegenübergestellt 1. von einem Roggenbrot, 2. von Brot aus 80% Roggenmehl und 20% Finalmehl, 3. von Brot aus 70% Roggenmehl und 30% Finalmehl. Es ergab sich, daß das Finalmehl vom ernährungsphysiologischen Standpunkte eine sehr günstige Beurteilung verdient, weil es sehr reich an

Eiweißstoffen ist. Ein Zusatz von 30 % Finalmehl wies das Finalbrot bei 34 % Wassergehalt 10,59 %, die Trockensubstanz 15,91 % Eiweißstoffe auf. Ochsen- und Kalbfleisch enthält 18–20 %, Schweinefleisch 15–20 % Eiweißstoffe; es kann daher das Finalbrot als teilweiser Ersatz des Fleisches für die Volksernährung dienen. Der Fettgehalt stieg bei Zufügung von 30 % Finalmehl bis auf 1,1 %. Reinasche (und damit Phosphor, Kalium, Kalzium, Magnesium, Eisen) war bei Zusatz von 20 % Finalmehl 2,58 %, bei Zugabe von 30 % 3,36 % zugegen. Endlich übt das Finalbrot einen günstigen Einfluß auf die Verdauungsprozesse aus.

Das Finalmehl ist bei der Ernährung der Kinder sehr zu empfehlen; 5–10 % können sehr gut zur Bereitung von Grieß und dergl. zu den üblichen Mehlen zugesetzt werden. Zu Mehlspeisen lassen sich 3–5 % Finalmehl mit Vorteil zusetzen.

Der Verfasser erblickt auf Grund seiner Untersuchungen in dem Finalmehl ein Produkt, das für die Volksernährung von ungeheurer Bedeutung ist. Es ist dies eigentlich der erste Fortschritt in der Reform unserer Getreideverwertung bezw. Broterzeugung für die breitesten Schichten des Volkes Zum Schluß wird der Wunsch nach Begründung einer Zentralstelle für Volksernährung in Oesterreich ausgesprochen und im besonderen die schon von verschiedenen Seiten angeregte Schaffung eines Instituts für Nahrungsmittelgewerbe begründet. Dr. Roepke-Melsungen.

Die sanitätspolizeiliche Beurteilung der Därme bei Tuberkulose der zugehörigen Gekröslymphdrüsen und die hierauf bezügliche sächsische Ministerialverordnung vom 17. Mai 1915. Von J. Bongert, Professor an der Kgl. tierärztlichen Hochschule in Berlin. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 2.

Nach § 35, 4 der Ausführungsbestimmungen A zum Reichs-Fleischbeschaugesetz sind alle tuberkulösen Organe als untauglich zum Genusse für Menschen zu behandeln, weil sie die menschliche Gesundheit zu schädigen geeignet sind. Und zwar ist ein Organ auch dann als tuberkulös anzusehen, wenn nur die zugehörigen Lymphdrüsen tuberkulöse Veränderungen aufweisen. Das gleiche gilt von Fleischstücken, sofern sie sich bei genauer Untersuchung nicht als frei von Tuberkulose erweisen. Diese strenge Maßnahme ist wissenschaftlich voll und ganz berechtigt und zwingt die im Dienste der Sanitätspolizei stehende Fleischbeschau, die tuberkulösen Organe mit allen ihren Adnexen sorgfältig zu entfernen und Organe oder Schlachttiere auch dann unschädlich zu beseitigen, wenn nur die zugehörigen Lymphdrüsen tuberkulös verändert sind. Widrigenfalls macht sich der Fleischbeschausachverständige nicht nur einer Zuwiderhandlung gegen das Fleischbeschaugesetz (§§ 9 und 26), sondern auch eines Vergehens gegen § 12 des Nahrungsmittelgesetzes schuldig.

Neuere Feststellungen haben ergeben, daß bei der tuberkulösen Herderkrankung der Fleisch- (quergestreifte Muskulatur) Lymphdrüsen die als Wurzelgebiet geltende Muskulatur — zum Unterschied von den inneren Organen — in der Regel nicht erkrankt. Dagegen ist bei anscheinend isolierter Tuberkulose von Organlymphdrüsen eine tuberkulöse Erkrankung des Organparenchyms stets vorhanden.

Eine vom Deutschen Fleischerverband an das Reichsamt des Innern gerichtete Eingabe, solche Därme freizugeben, die nicht selbst mit Krankheitserscheinungen behaftet sind, wurde abschlägig beschieden. Um so befremdlicher erscheint Bongert die Anordnung des Sächsischen Ministeriums des Innern vom 17. Mai 1915, die die für die Fleischbeschau verpflichteten Tierärzte und die nichttierärztlichen Fleischbeschauer mit Genehmigung des Reichskanzlers anweist, während der Dauer des Krieges folgende Milderungen bei Ausübung der Fleischbeschau eintreten zu lassen: „1. Die Vorschrift in § 35 Nr. 4 der Ausführungsbestimmungen A zum Fleischbeschaugesetze, nach der ein Organ auch dann als tuberkulös anzusehen ist, wenn nur die zugehörigen Lymphdrüsen tuberkulöse Veränderungen aufweisen, hat auf solche Därme keine Anwendung zu finden, in deren zugehörigen Gekrösdrüsen nur ältere, verkäste oder verkalkte Tuberkelherde gefunden worden sind; in den gedachten Fällen sind die tuberkulös veränderten Gekrösdrüsen nach sorgfältigem Aus-

schneiden aus dem sie umgebenden Gewebe unschädlich zu beseitigen.“ (Die zweite Milderung betrifft die Freigabe von Schlund, Magen und Darm solcher Schlachttiere, die mit Maul- und Klauenseuche behaftet oder Seuche verdächtig sind; sie wird von B. als berechtigt angesehen und kommt hier nicht in Betracht).

Beide Milderungen bei Ausübung der Fleischbeschau sind nun in der Folgezeit auch vom Reichsamt des Innern nicht nur als durchführbar, sondern sogar als empfehlenswert bezeichnet worden und inzwischen durch Min.-Verfügung vom 27. Mai 1915 auch für Preußen, Württemberg und Mecklenburg-Strelitz angeordnet in dem gleichen Wortlaut und ebenfalls für die Kriegsdauer.

Gegen die Milderung in der Beurteilung der Därme bei Tuberkulose der mesenterialen Lymphknoten werden schwerwiegende Bedenken geltend gemacht. Bongert weist nachdrücklichst darauf hin, daß die Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen sowohl bei Schweinen, als auch bei Rindern recht häufig, wenn auch beim Schweine tuberkulöse Veränderungen in der Darmwand, also wirkliche Darmtuberkulose, bisher noch nicht zur sicheren Feststellung gelangt sind. Jedenfalls ist aber die Ansicht, daß bei Rindern die Darmtuberkulose nicht oft, bei älteren Tieren sogar sehr selten vorkommt, nicht zutreffend, sondern das Gegenteil ist richtig: die Darmtuberkulose wird gerade bei alten Rindern verhältnismäßig häufig festgestellt.

Auch gegen die bedingungslose Inverkehrgabe des Gekrösfettes „nach Ausschneiden der tuberkulös veränderten Gekrösdrüsen aus dem sie umgebenden Gewebe“ sind die schwersten hygienischen Bedenken zu erheben. Der durch die Inlandsschlachtungen gewonnene Rindertalg wird während des Krieges bei den unerschwinglichen Preisen für Streichfett (Schmalz und Butter) fast ausschließlich zur Herstellung von Margarine verwendet und somit keineswegs Hitzegraden ausgesetzt, durch die die Tuberkelbazillen unschädlich gemacht werden; diese behalten vielmehr bei der in der Margarinefabrikation üblichen Schmelztemperatur von etwa 45° ihre volle Lebensfähigkeit und Virulenz. Es ist somit die Gefahr der Infektion der Margarine mit Tuberkelbazillen besonders groß und gerade im Interesse der Volksgesundheit gegen die Freigabe des Darmfettes bei Gekrösdrüsentuberkulose im rohen Zustande Einspruch zu erheben. „Daß eine Margarine, die aus Rohfett hergestellt wird, das Tuberkel enthält oder zugestandenermaßen enthalten kann, alle Tatbestandmerkmale des § 12 des Nahrungsmittelgesetzes aufweist, darüber kann kein Zweifel bestehen.“

Endlich bestreitet Bongert, daß ein großer Mangel an Därmen, die zur Herstellung von Dauerwürsten erforderlich sind, bestanden hat oder zurzeit noch besteht. „Jetzt besteht ein Ueberfluß an Därmen. Das Angebot übersteigt die Nachfrage.“ (B. hätte noch hinzufügen können, daß jetzt behördliche Maßnahmen notwendig geworden sind, die verhindern sollen, daß alles Fleisch, der der übereilten Massenabschlachtung entgangenen Schweine aus Profitsucht in die Därme gestopft wird. Ref.) Ein an einem öffentlichen Schlachthause angestellter nichttierärztlicher Beschauer hat auch bereits unter Hinweis auf die erörterte Ministerial-Verfügung den Vorschlag gemacht, tuberkulöse Eingeweide, bei denen nur die zugehörigen Lymphdrüsen verkalkte Tuberkel enthalten, beim genaueren Betasten und Zerschneiden aber keine tuberkulösen Herde aufgefunden worden, mit minderwertigem Fleisch zur Wurst zu verarbeiten und als Nahrungsmittel für Menschen auf der Freibank zu verwerten!

Man sieht, wohin das Beiseiteschieben eines markanten Grundsatzes der Fleischbeschau, dem Gesetzeskraft gegeben war“, führt und wird der Stellungnahme Bongerts nur beipflichten können: „Der bisher in der Fleischbeschau als unverrückbar allgemein angesehene Grundsatz für die sanitätspolizeiliche Beurteilung der tuberkulösen Organe, dem auch der § 35,4 entspricht, ist durch die Sächsische Ministerial-Verordnung für Därme beim Vorhandensein verkäster oder verkalkter Tuberkelherde in den Mesenterialdrüsen während der Kriegsdauer außer Geltung gesetzt. Das bedeutet ein Interregnum in der wissenschaftlichen Fleischbeschau, geeignet, bei den nichttierärztlichen Beschauern verwirrend zu wirken und die Fleischbeschau zum Schaden für die Volksgesundheit auf den empirischen Standpunkt vor 30 Jahren zurückzuwerfen. Diese nachteiligen Folgen, die nicht nur zu befürchten sind

sondern bei längerer Wirkungsdauer dieser verfehlten Maßnahme notwendigerweise eintreten werden, sollten für die Regierung Anlaß sein, die Verordnung sobald wie möglich wieder aufzuheben, da ein Notstand, durch den man glaubte, ihn begründen zu können, nicht besteht."

Dr. Roepke-Melsungen.

Einiges über Fleischhygiene in Nordamerika. Von Prof. Dr. Poztolka-Wien. Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1915, Nr. 4—5.

Der Verfasser schildert die zum Teil ungünstigen Verhältnisse, die in Nordamerika in bezug auf Fleischhygiene angetroffen werden.

Dr. Wolf-Hanau.

---

3. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Zur Praxis der Kriegsfürsorge für Mutter und Säugling. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1915, Nr. 12.

Der Verein für Säuglingsfürsorge im Reg.-Bez. Düsseldorf berichtet über seine Tätigkeit in bezug auf 1. Reichswochenhilfe und 2. Ueberwachung der Kinder.

Dr. Wolf-Hanau.

Bericht der Städtischen Säuglingsfürsorgestelle in Weißenfels für 1914. Von Stadtarzt Dr. Oschmann-Weißenfels. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1915, Nr. 12 und 1916, Nr. 1.

Aus der vorwiegend statistischen Abhandlung sei hervorgehoben, daß die Sterblichkeit unter den dauernd in Beaufsichtigung der Säuglingsfürsorgestellen sich befindenden Kindern bei den ehelichen fast nur $1/6$ der Mortalität der übrigen Säuglinge und bei den unehelichen nur $1/5$ der sonstigen Mortalität derselben gleichkommt. Die Beaufsichtigung der Fürsorgestellen und eine eigene das rechte Maß findende Sorge und Fürsorge für das Kind sind also geeignet, die Mortalität wesentlich herabzusetzen.

Dr. Wolf-Hanau.

Zehn Jahre Säuglingsfürsorge in Charlottenburg. Von Prof. Dr. B. Bendix. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1915, Nr. 11—12.

Da die Arbeit eine Fülle von Material bringt, das sich in einem kurzen Referate nicht zusammenfassen läßt, wird auf die Abhandlung verwiesen.

Dr. Wolf-Hanau.

Säuglingssterblichkeit und Volksernährung in Deutschland. Der Eindämmung der Säuglingssterblichkeit haben sich seit Jahren die besten, hierzu berufenen Kräfte gewidmet. Der Prozentsatz ist infolgedessen auch dauernd zurückgegangen, wie die folgende Tabelle beweist. Es starben in Deutschland

im	Jahre	1901	von	100	Lebendgeborenen	20,7
"	"	1902	"	"	"	18,3
"	"	1903	"	"	"	20,4
"	"	1904	"	"	"	19,6
"	"	1905	"	"	"	20,5
"	"	1906	"	"	"	18,5
"	"	1907	"	"	"	17,6
"	"	1908	"	"	"	17,8
"	"	1909	"	"	"	17,0
"	"	1910	"	"	"	16,2
"	"	1911	"	"	"	19,2
"	"	1912	"	"	"	14,7
"	"	1913	"	"	"	15,1.

An diesen für das Deutsche Reich feststehenden Durchschnittszahlen waren die einzelnen Gliedstaaten und preußischen Provinzen ganz verschieden beteiligt. Während für das Jahr 1913 das Fürstentum Waldeck mit 6,9 Proz. am günstigsten abschneidet, weist Westpreußen mit 19,1 Prozent den höchsten Prozentsatz auf.

Nun ergibt die Statistik gleichzeitig, daß der Prozentsatz der Sterblich-

keit ehelicher Säuglinge wesentlich geringer ist, als der der unehelichen, wie aus folgender Tabelle ersichtlich ist. Es starben in Deutschland von je 100 Lebendgeborenen

	eheliche	uneheliche
im Jahre 1901	19,4	33,9
" " 1902	17,3	29,3
" " 1903	19,3	32,7
" " 1904	18,6	31,4
" " 1905	19,4	32,6
" " 1906	17,5	29,4
" " 1907	16,6	28,0
" " 1908	16,8	28,5
" " 1909	16,0	26,8
" " 1910	15,2	25,7
" " 1911	18,2	29,9
" " 1912	13,9	23,2
" " 1913	14,2	23,7.

Diese Zahlen beweisen, daß die im Interesse der deutschen Volkswirtschaft liegende Aufgabe, die Säuglingssterblichkeit herabzudrücken, schon in Friedenszeiten schwer zu erfüllen ist, und daß, wie der Unterschied zwischen den Zahlen der ehelichen und der unehelichen Säuglinge beweist, an den immer noch hohen Prozentziffern die privatwirtschaftlichen Verhältnisse große Schuld tragen.

Im Interesse der Gesundheit kommender Generationen muß unter allen Umständen trotz der Knappheit und Teuerung der Lebensmittel Unterernährung bei Säuglingen verhütet werden. Die Gefahr einer solchen ist durch die Milchknappheit und durch die ungleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Milch sowie durch die bestehenden Teuerungsverhältnisse gegeben. Viele Väter stehen im Felde. Den Müttern fehlt es zuweilen an Rat und Hilfe, vielleicht auch oft an den Mitteln, ihre Kinder hinreichend zu ernähren. Behördliche Hilfe kann nicht überall und sofort einsetzen, aber privates Entgegenkommen und private Hilfe kann schnell zur Stelle sein und vielleicht manchen Säugling dem Leben erhalten. Es ist nur ein geringes Entgelt, wenn hilfsbereite Männer und Frauen den Kindern der draußen im Felde Stehenden, die sie und ihre eigenen Kinder gegen feindliche Willkür und Brutalität schützen, einen Teil des Dankes abtragen, den sie unseren opfermutigen, tapferen Leuten im Felde draußen schuldig sind. Diese direkte Unterstützung möge daher in weitestgehendem Umfange Platz greifen. Aber auch indirekt kann den Säuglingen geholfen werden. Die Knappheit an Milch muß jede Neigung, den eigenen Hausstand über den Bedarf der kleinen Kinder hinaus zu versorgen, zurücktreten lassen. Weiter muß durch Organisation der Ziegenzucht für eine Vermehrung der Milchproduktion Sorge getragen werden. Mancher leerstehende Pferdestall bietet hierzu vorzügliche Gelegenheit. Es gibt der Wege gar viele, dem heranwachsenden Geschlecht zu helfen, besonders denjenigen, denen die fürsorgende Hand des Vaters völlig oder während der Kriegszeit fehlt. Es handelt sich hier um eine Ehrenpflicht der Zurückgebliebenen, deren Erfüllung zum Segen des deutschen Volkes ist.

---

4. Soziale Hygiene.

Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik. Von G. Winter-Königsberg. Zentralblatt für Gynäkologie; 1916, Nr. 5.

Winter geht mit seinen Vorschlägen als Geburtshelfer und Gynäkologe von den Tatsachen aus, daß die Zahl der Geburten auf 1000 Einwohner von 37,9 im Jahre 1860 auf 28,1 im Jahre 1913 heruntergegangen ist, und daß die Säuglingssterblichkeit noch immer etwa 15 % beträgt. Hiergegen ist zu wirken: 1. Durch Beförderung der Konzeption; Gonorrhoe und Syphilis bilden den Hauptgrund der ehelichen Sterilität; noch mehr ist die absichtlich herbeigeführte Kinderlosigkeit zu bekämpfen. 2. Durch Erhaltung der Leibesfrucht während der Schwangerschaft, die am häufigsten durch spontane, künstliche und kriminelle Aborte gefährdet bzw. vernichtet wird. 3. Durch den

Schutz des kindlichen Lebens während der Geburt. Die Hauptgefahren für das Kind sind die protrahierte Austreibungsperiode und das enge Becken. Es muß nicht mehr heißen in der Geburtshilfe Mutter oder Kind, sondern Mutter und Kind. Beim engen Becken sollen Symphyseotomie und Kaiserschnitt mit ihrer geringen Sterblichkeit (1—2 %) anstelle von Perforation, künstlicher Frühgeburt, hoher Zange und prophylaktischer Wendung treten. 4. Durch Einleitung zweckmäßiger Ernährung im Wochenbett. Hier gilt es in erster Linie, die Mutter zum Selbststillen zu bringen; es gehört zum Wochenbett wie die Wehen zur Geburt. Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Geburtenbewegung vor und während des Krieges in Wien. Von J. Richter. Med. Klinik; 1916, Nr. 6.

In der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft gibt R. einen Ueberblick über die Geburtenbewegung vor dem Kriege an den 3 Gebärkliniken Wiens und außerhalb dieser Anstalten in Wien selbst und weist an Kurven nach, daß die Geburtenzahl an den drei Gebärkliniken von August 1914 bis April 1915 gegenüber dem Vorjahre zugenommen hat. Dieses Plus an Geburten ist durch Aufnahme von Frauen, die sonst zu Hause entbunden hätten, und durch Aufnahme von Flüchtlingsfrauen zu erklären. Vom April 1915 bis Ende Juni 1915 sinkt sowohl an den drei Gebärkliniken als auch in Wien die Geburtenziffer plötzlich stark ab: an den Kliniken von 289 unter 190 und in Wien von 2725 auf 1734. Dieser steile Abfall fällt in eine Zeit, in welcher die Frauen zur Entbindung kamen, die in den Monaten Juli, August, September des Jahres 1914 die letzte Menstruation gehabt haben, also zu einer Zeit, in welcher der Krieg bereits ausgebrochen war. Durch die Einstellung einer großen Menge zeugungsfähiger Männer in das Heer ging für viele Frauen die Möglichkeit einer Schwängerung vorüber. Auch in den folgenden Monaten erreichten wegen der weiteren Einberufungen die Geburtenzahlen weder an den Gebärkliniken noch in Wien annähernd die Höhe des Vorjahres.

Neben der Mobilisierung als Hauptursache der Geburtenverminderung kommt noch die Zahl der aus verschiedenen Gründen frühzeitig unterbrochenen Schwangerschaften in Betracht. Der Beginn des Geburtenrückganges läßt sich also mit dem Beginn des Krieges in engen Zusammenhang bringen.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

5. Statistik.

Ueber die Bewegung der Bevölkerung in Preußen in den Jahren 1913 und 1914.

Für das Jahr 1913 sind im preußischen Staate 1 209 500 Geburten, 656 490 Sterbefälle (einschließlich der 35 970 Totgeburten) und 323 709 Eheschließungen ermittelt worden, der Geburtenüberschuß hat somit 553 010 oder 13,2 auf das Tausend der mittleren Bevölkerung betragen. Im Jahre 1914 sind 1 202 528 Kinder geboren (einschließlich der 35 948 Totgeborenen) und 802 776 Personen gestorben (mit Totgeburten), sowie 286 197 Eheschließungen gezählt worden. Es ist also 1914 die Geburtenzahl gegen das Vorjahr um 6972 gesunken, dagegen die Zahl der Todesfälle um 146 286 gestiegen, der Geburtenüberschuß dementsprechend um 153 258, und zwar von 553 010 auf 399 752 zurückgegangen. Eine bemerkenswerte, in fast allen europäischen Staaten wiederkehrende Erscheinung der Jahre 1909 bis 1912 war die abnehmende Geburtenzahl bei steigender Zahl der Eheschließungen. Während sich nämlich im Durchschnitt des Jahrzehnts 1904—1913 die Geburtenzahl auf 1 270 253, die Zahl der Sterbefälle auf 711 629, der Geburtenüberschuß somit auf 558 624 belief, betrug die Geburtenzahl im Jahre 1913 bereits 60 753 unter dem zehnjährigen Durchschnitt, 1914 aber sogar 67 725. Die Zahl der Todesfälle stand 1913 um 55 139 unter, dagegen 1914 um 91 147 über dem zehnjährigen Durchschnitt. Die Zahl der Eheschließungen stellte sich 1913 auf 11 676 über, im Jahre 1914 dagegen auf 25 836 unter dem zehnjährigen Durchschnitt 1904—1913. Es ist also klar, daß die eheliche Fruchtbarkeit in einer nicht unerheblichen Abnahme begriffen

ist. Der besseren Vergleichung dienen die folgenden Uebersichten; demnach sind beurkundet:

	Geburten	Sterbefälle	Geburten-überschuß	Ehe-schließungen
	einschließl. der Totgeborenen			
1904	1 304 936	742 428	562 508	294 732
1905	1 280 283	765 256	515 027	299 988
1906	1 309 140	713 083	596 057	309 922
1907	1 298 508	719 736	578 772	313 039
1908	1 308 504	733 047	575 457	311 131
1909	1 287 234	705 877	581 357	307 904
1910	1 256 794	675 237	581 557	310 415
1911	1 225 300	732 826	492 474	321 151
1912	1 222 333	672 306	550.027	323 340
1913	1 209 500	656 490	553 010	323 709
1914	1 202 528	802 776	399 752	286 197

Auf 1000 der mittleren Bevölkerung betrug also:

	die Geburts-ziffer	die Sterbe-ziffer	der Geburten-überschuß	die Heirats-ziffer
1904	35,8	20,3	15,5	16,2
1905	34,5	20,7	13,8	16,2
1906	34,8	19,0	15,8	16,5
1907	34,0	18,8	15,2	16,4
1908	33,7	18,9	14,8	16,0
1909	32,7	17,9	14,8	15,6
1910	31,5	16,9	14,6	15,5
1911	30,3	18,1	12,2	15,9
1912	29,8	16,4	13,4	16,0
1913	29,0	15,8	13,2	15,5
1914	28,5	19,0	0,5	13,6

Hiernach hat sich die Geburtenziffer um 20 und die Sterbeziffer um 6 v. H. von 1904 bis 1914 verringert. Die Heiratsziffer für 1914 liegt um 15 v. H. unter dem 10jährigen Durchschnitt 1904/1913.

(Statistische Korrespondenz des Königl. Statistischen Landesamts.)

6. Medizinalverwaltung.

Das Gesundheitswesen im Verwaltungsgebiete des Kaiserlich deutschen Generalgouvernements Warschau. Aus einem vom Kaiserlichen Gesundheitsamt erstatteten Bericht bringt der Reichsanzeiger vom 24. Februar d. J. folgende interessante Mitteilungen:

Nach dem Uebergang russischer Landesteile in deutsche Verwaltung erwuchs dieser die wichtige Aufgabe, auch für die gesundheitlichen Verhältnisse der dortigen Bevölkerung zu sorgen. Die in dem besetzten Gebiete eingerichtete Gesundheitsverwaltung untersteht dem Verwaltungschef beim Generalgouvernement Warschau, dem ein Medizinalreferent zugeteilt ist. Mit den Aufgaben der örtlichen Gesundheitspflege sind Kreisärzte betraut. Von den 49 vormals russischen Kreisen des Verwaltungsgebiets sind nunmehr 41 mit Kreisärzten besetzt. Es ist jedoch in Aussicht genommen, für jeden Kreis einen besonderen Kreisarzt zu bestellen.

Besondere Maßnahmen erforderte die Versorgung des Landes mit praktischen Aerzten. Da, wo Aerzte fehlten, wurden solche aus der Nachbarschaft veranlaßt, regelmäßige Sprechstunden abzuhalten. Im Bedarfsfalle beteiligen sich sowohl die Kreisärzte, als auch die Truppenärzte an der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung. Auch haben mehrere gefangene polnische Aerzte in ihre Heimat zurückkehren dürfen, um ihre Praxis wieder aufzunehmen. Die Verteilung derjenigen polnischen Aerzte, welche nach

Warschau geflohen waren, auf Bezirke, in denen zurzeit kein Arzt sich befindet, ist im Gange.

Auch sonst ließ sich die Verwaltung die Fürsorge für Kranke angelegen sein. Im Bau befindliche Krankenhäuser wurden vollendet, beschädigte instand gesetzt. Die Irrenanstalten haben ihren Betrieb wieder aufgenommen.

Da Russisch-Polen von jeher durch ansteckende Krankheiten aller Art schwer heimgesucht wurde, betrieb die deutsche Verwaltung die Bekämpfung dieser Krankheiten mit besonderem Nachdruck. Zur Sicherung des Nachrichtendienstes wurde vor allem die Anzeigepflicht bei Infektionskrankheiten eingeführt. Es sind zu melden außer den sogenannten gemeingefährlichen Krankheiten — Cholera, Pocken und Fleckfieber — auch Unterleibstyphus, Ruhr, übertragbare Genickstarre, Scharlach und Diphtherie. Auch Verdachtsfälle dieser Krankheiten müssen der Behörde angezeigt werden. Der frühzeitigen Ermittlung übertragbarer Krankheiten dient die Leichenschau durch Aerzte oder Feldscherer, die in einer Reihe von größeren Städten eingeführt worden ist. Sie ermöglichte vielfach den Nachweis von Krankheitsherden, die auf dem vorgeschriebenen Wege nicht gemeldet worden waren.

Zur bakteriologischen Feststellung der Infektionskrankheiten hat die Zivilverwaltung eine eigene bakteriologische Untersuchungsanstalt in Lodz eingerichtet. Außerdem beteiligen sich an der Untersuchung eingesandter Proben die bakteriologischen Institute der Heeresverwaltung in Warschau, Thorn und Bialystok, sowie die preußischen Anstalten in Beuthen, Breslau und Posen. Bei der Ermittlung von Krankheiten leisten die Feldscherer gute Dienste. Nachdem sie von den Kreisärzten ausgebildet waren, haben sie sich auch an der Vornahme der Impfungen beteiligt.

Zur Absonderung eines jeden Falles einer anzeigepflichtigen Krankheit sind im Verwaltungsgebiete, abgesehen von den bestehenden Krankenhäusern, 250 Absonderungshäuser eingerichtet worden. Auch dem Desinfektionswesen wurde die gebührende Aufmerksamkeit zugewendet. Deutsche Kreisärzte und Desinfektoren bildeten einheimische Kräfte in den üblichen Desinfektionsverfahren aus. Ihre Lehrtätigkeit wurde durch Herausgabe eines Leitfadens für Desinfektoren in polnischer Sprache erleichtert. In Lodz wurde eine Desinfektorenschule errichtet, in die Desinfektoren zu Wiederholungskursen entsandt werden sollen. Desinfektionsapparate für Dampfbetrieb oder Formaldehyd wurden behelfsweise hergerichtet oder aus Deutschland bezogen.

Was die einzelnen Infektionskrankheiten anbelangt, so haben die Pocken, die in Friedenszeiten in den russischen Weichselgebieten alljährlich etwa 11000 Erkrankungen hervorgerufen haben, auch unter der deutschen Verwaltung sich gezeigt. Von den gegen diese Krankheit ergriffenen Maßnahmen ist an erster Stelle zu nennen die Impfung. Die regelmäßigen Impfungen wurden in der Weise durchgeführt, daß ebenso wie zur Zeit der russischen Herrschaft wöchentlich öffentliche Impftermine abgehalten wurden. Außerdem erging die Anordnung, daß sämtliche Schulkinder vor Ablauf des Jahres 1915 geimpft werden müßten, soweit sie nicht in demselben Jahre bereits mit Erfolg geimpft waren oder die natürlichen Pocken überstanden hatten. Beim Auftreten von Pockenfällen wurde von Notimpfungen in der Umgebung des Erkrankten ausgedehnter Gebrauch gemacht. Es sind bisher etwa 600000 Impfungen vollzogen worden, die einen Rückgang der Pocken um fast 60% zur Folge hatten. Die Ausführung der Impfungen lag teils in den Händen von Aerzten, teils, wie erwähnt, in denen von Feldscherern, die von den Kreisärzten in der Impftechnik unterrichtet worden waren.

Das Fleckfieber ist neuerdings nur in Alexandrow (Landkreis Lodz) und in Warschau in einer gewissen Häufung der Fälle aufgetreten. Unter den Maßnahmen zu seiner Bekämpfung hat sich, abgesehen von der strengsten Absonderung der Kranken, Krankheitsverdächtigen und Ansteckungsverdächtigen, die Befreiung dieser Personen von Kleiderläusen sowie die Abwehr der Läuseplage im allgemeinen als wirksam erwiesen. Diesem Vorgehen ist es zu danken, daß, sobald einmal der Krankheitsherd entdeckt worden war, kaum noch weitere Uebertragungen zustande kamen. Die Vertilgung von Kleiderläusen dienten außer den 6 großen militärischen Sanierungsanstalten, die auch der Zivilbevölkerung zur Verfügung stehen, 20 kleinere derartige Anstalten. Eine auf der Weichsel schwimmende Entlausungsanstalt wird von der Be-

völkerung am Flußlauf in Anspruch genommen. Zur Verhütung einer Einschleppung des Fleckfiebers nach dem Deutschen Reich werden angeworbene polnische Arbeiter vor dem Ueberschreiten der Grenze von Ungeziefer befreit, falls in ihrem Herkunftsgebiet Fleckfieber herrscht.

Zur Zeit der Uebernahme der russischen Gebietsteile durch die deutsche Verwaltung waren in der dortigen Zivilbevölkerung zahlreiche Cholerafälle vorhanden. Zur Verhütung einer Ausbreitung der Seuche im Stromgebiet der Weichsel wurde während des Sommers 1915 auf der Strecke abwärts von Plock die gesundheitliche Ueberwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs eingerichtet. Zu diesem Zweck wurden in Plock und Wloclawek Ueberwachungsstellen in Betrieb gesetzt. Hier untersuchten Aerzte alle auf Schiffen und Flößen die Weichsel hinauf oder herunter fahrenden Personen. Im Verein mit weiteren Choleraüberwachungsstellen, die seitens der preußischen Regierung in Schilno und Thorn eingerichtet waren, gelang es, die Verschleppung der Cholera durch die Weichselschiffahrt von dem preußischen Gebiet fernzuhalten. In derselben Absicht war bereits im Jahre 1907 zwischen dem Deutschen Reiche und Rußland ein Grenzabkommen getroffen worden, das u. a. einen unmittelbaren Nachrichtenaustausch über Choleraerkrankungen zwischen den Behörden der beiderseitigen Grenzbezirke vorsieht. Die Gesundheitsverwaltung des Generalgouvernements ist in diesen Vertrag, der eine sachliche Erweiterung hinsichtlich der Benachrichtigung über die Feststellung von Bazillenträgern erfuhr, eingetreten.

Zu den vorbeugenden Maßnahmen gegenüber den Infektionskrankheiten gehört auch die Fürsorge für die öffentliche Reinlichkeit. Daher wurde der regelmäßigen Reinigung der Straßen, der Plätze, der Rinnsteine sowie dem Zustand der Aborte, Düngergruben und aller Sammelstellen für schmutzige Abgänge ernste Aufmerksamkeit zugewendet. In Lodz, wo der Unterleibstyphus dauernd herrscht, fand man mehrere hundert unzweckmäßige Hauskläranlagen vor, aus denen das zwar geklärte, aber noch Bazillen enthaltende Abwasser in die Rinnsteine floß. Durch Desinfektion mittels Chlorkalks wird nun die Gefahr der Verschleppung von Krankheitskeimen beseitigt. In Lodz wurde auch zur Ueberwachung der Reinhaltung der Höfe ein besonderer Aufsichtsbeamter angestellt.

Auch die Wasserversorgung, die im Verwaltungsgebiet vielfach im argen liegt, wurde besonders beaufsichtigt. In Lodz sind von 10000 Brunnen bisher 7000 auf ihre gesundheitliche Beschaffenheit genau untersucht worden. Die vorgefundenen Mängel sollen gründlich abgestellt werden. In einer Anzahl von Ortschaften werden Bohrungen auf brauchbares Trinkwasser durch einen von der Verwaltung angestellten Bohringenieur vorgenommen.

Die Knappheit an Arznei- und Desinfektionsmitteln sowie an Verbandstoffen ist durch eine dem Kriegsbedarf entsprechende Einfuhr aus Deutschland beseitigt worden.

Um eine Versorgung der Bevölkerung mit einwandfreien Nahrungs- und Genußmitteln sicherzustellen, werden die auf Märkten und in Handlungen feilgebotenen Lebensmitteln häufig polizeilich besichtigt. Die Untersuchung von Proben wurde in den Nahrungsmitteluntersuchungsämtern in Posen, Beuthen und Bromberg vorgenommen. Neuerdings ist aber für das gesamte Verwaltungsgebiet links der Weichsel ein großes Nahrungsmitteluntersuchungsamt in Lodz eingerichtet worden. Die beiden dort angestellten Chemiker sollen neben ihrer Tätigkeit in der Anstalt selbst das Gebiet links der Weichsel bereisen, Nahrungsmittel, insbesondere Milch, dort untersuchen und die Polizeibeamten in der Entnahme von Proben ausbilden. Ein besonderes Augenmerk wurde auch der Untersuchung und Beschaffenheit des Fleisches zugewandt. Auf diesem Gebiete sind neben den deutschen Kreisärzten auch deutsche Kreistierärzte an der Arbeit.

Allem Anschein nach bringt die einheimische Bevölkerung den Bestrebungen der deutschen Gesundheitspflege ein mit der Zeit wachsendes Verständnis entgegen. Die von der deutschen Verwaltung getroffenen Einrichtungen versprechen gute dauernde Erfolge.

Tagesnachrichten.

Die Reichsregierung hat dem vom Reichstage am 15. Januar d. J. einstimmig gefaßten Beschlusse betreffs **Herabsetzung der Altersgrenze bei der Invalidenversicherung** Rechnung getragen und dem Bundesrat einen Gesetzentwurf zugehen lassen, durch den die Altersgrenze für den Bezug der Altersrente vom 70. auf das 65. Lebensjahr herabgesetzt wird. Der Reichstag wird also voraussichtlich noch in der jetzigen Tagung diese Gesetzesvorlage zu beschließen haben.

Aus dem Reichstage. Ebenso wie bei der letzten Tagung des Reichstags (s. diese Zeitschrift; Jahrg. 1915, Nr. 23, S. 727) ist ihm auch bei seinem jetzigen Zusammentritt wiederum eine **Denkschrift über wirtschaftliche Maßnahmen aus Anlaß des Krieges** zugegangen, die einen Ueberblick über die wichtigeren, von Mitte November 1915 bis in den Anfang März 1916 getroffenen gesetzgeberischen Verwaltungs- und anderen Maßnahmen geben. In der Denkschrift ist auch diesmal die **Nahrungsmittelversorgung** an erster Stelle behandelt. Der Zeitraum der jünsten drei Monate bedeutet einen Zeitabschnitt angespannter organisatorischer Arbeit aller zuständigen Stellen auf dem Gebiete der Nahrungsmittelfürsorge. Eine dankenswerte Bereicherung hat diese Tätigkeit durch die Mitarbeit des neu geschaffenen Beirats für Volksernährung erfahren, der aus fünfzehn Mitgliedern des Reichstags gebildet und seit Beginn des Jahres 1916 allwöchentlich zu einer Sitzung zusammengetreten ist. Beachtenswerte Anregungen aus dem Kreise der Beiratsmitglieder sind bereits teils unmittelbar für die gesetzgeberischen Arbeiten verwertet, teils an die Bundesregierungen weitergegeben und dort zur ferneren Verfolgung aufgenommen worden. Daneben hat die Reichsprüfungsstelle für Lebensmittelpreise im Verein mit den Landes- und örtlichen Preisprüfungsstellen ihre Arbeiten fortgesetzt.

Das System der Höchstpreise ist in zahlreichen neuen Verordnungen planmäßig weiter ausgebaut, zugleich aber ist versucht worden, die Härten, die dieses System nicht nur für Erzeuger und Händler, sondern auch für die Verbraucher leicht im Gefolge haben kann, durch die Zulassung geeigneter Ausnahmebestimmungen zu mildern. Weiterhin haben die Erfahrungen der Praxis immer deutlicher gezeigt, daß eine wirksame Höchstpreispolitik nur entweder in Verbindung mit einer öffentlichen Bewirtschaftung der beschlagnahmten und enteigneten Nahrungsmittel oder aber mit einer planmäßigen Organisation ganzer Berufsgruppen von Erzeugern und Händlern durchführbar ist. Aus diesem Gesichtspunkte heraus sind in der Berichtszeit neben neuen gesetzgeberischen Bestimmungen auch umfassende Maßnahmen zur Organisation einzelner Wirtschaftszweige in Angriff genommen worden.

So sind in Verwirklichung der früher erlassenen Bestimmungen über die Versorgungsregelung umfassende Versuche auf dem Gebiete der Fleischversorgung gemacht. Zunächst sind in Preußen die Viehhändler provinzweise zu Zwangsverbänden und diese wiederum zu einem Zentralverband zusammengeschlossen, denen unter obrigkeitlicher Einwirkung die Regelung der Preise und die zweckmäßige Verteilung der aufgekauften Viehbestände zur gleichmäßigen Befriedigung des Verbrauchs der verschiedenen Bezirke übertragen sind. In den anderen Bundesstaaten sind auf dem Gebiete der Viehversorgung organisatorische Maßnahmen zum Teil auf der gleichen, zum Teil auf einer im Endzweck ähnlichen Grundlage getroffen worden oder in Vorbereitung.

Die vollständige Regelung des Verkehrs von der Erzeugung oder Einfuhr bis zu ihrem Uebergang in die Hände des Verbrauchers unter gleichzeitiger Festsetzung von Höchstpreisen ist bei einigen der wichtigsten Nahrungsmittel eingeleitet. Ein Beispiel für die Durchführung einer solchen Regelung bietet in der Berichtsperiode der Verkehr mit ausländischer Butter, deren Einfuhr in der Hand der Zentral-Einkaufsgesellschaft zusammengefaßt ist und deren planmäßige Verteilung bis zum Verbraucher unter Feststellung eines einheitlichen Verteilungsplanes für das ganze Reichsgebiet erfolgt. Für den Verkehr mit inländischer Butter ist der gleiche Weg insofern beschritten worden, als die Zentral-Einkaufsgesellschaft den Anspruch auf Lieferung eines bestimmten Teiles der Buttererzeugung aller deutschen

Großmolkereien erhalten hat und diesen Anteil nach dem gedachten Verteilungsplane verteilt. In beiden Fällen ist den Butter beziehenden Gemeinden die Verpflichtung auferlegt, den weiteren Vertrieb an die Verbraucher durch Butterkarten zu regeln.

Auf diesem Wege einer planmäßigen Verteilung der vorhandenenen und anfallenden Vorräte unter genauer Begrenzung des Anteils jedes einzelnen Verbrauchers wird sich, dem Bedürfnisse und den Möglichkeiten folgend, auch bei anderen wichtigen Lebensmitteln der volkswirtschaftlich und sozialpolitisch wünschenswerte und gerechte Ausgleich zwischen den Ansprüchen aller Kreise der Verbraucher erzielen lassen, wie er bereits bei der Versorgung mit Mehl und Brot mit Erfolg durchgeführt ist.

Die Fragen der Nahrungsmittelversorgung zeigen außerordentliche Vielgestaltigkeit und lassen eben deshalb sich nicht in ihrer Gesamtheit von einer zentralen Stelle aus lösen. Den Landesregierungen und den örtlichen Verwaltungen, insbesondere den Gemeinden, bleiben mannigfache Aufgaben von starker Wichtigkeit vorbehalten. Wie bereits in der Rede des Stellvertreters des Reichskanzlers im Reichstag vom 11. Januar 1916 nachdrücklich hervorgehoben worden ist, gibt schon die bestehende Gesetzgebung, namentlich durch die Verordnungen über die Versorgungsregelung, den Gemeinden überaus weitgehende Befugnisse, zu deren umfassender Ausübung sich diese in allen den Fällen entschließen müssen, in denen die Verschiedenartigkeit der örtlichen Produktionsbedingungen, die Mannigfaltigkeit der Formen des Handels und der Versorgung des betreffenden Marktes, sei es aus dem Inland, sei es aus dem Ausland, einer zentralen Regelung durch den Bundesrat oder die Reichsleitung entgegenstehen. Sind erst einmal örtliche Regelungen durchgeführt, so wird sich viel leichter die Möglichkeit eines weiteren Zusammenschlusses oder einer allgemeinen Zentralisation finden.

Aber über die Tätigkeit aller amtlichen Stellen des Reichs wie der Bundesstaaten und der Gemeinden weit hinaus muß — wie gleichfalls in der soeben angeführten Rede mit Nachdruck betont worden ist — in immer umfassenderem Maße eine bewußte Mitarbeit der großen Kreise der Bevölkerung, der Erzeuger und Händler ebensowohl wie der Verbraucher, bei der planvollen Regelung unserer Nahrungsmittelversorgung Platz greifen. Bei einem solchen Zusammenarbeiten wird sich das Ziel der gesamten nationalen Ernährungspolitik, das unbedingte Durchhalten bis zum siegreichen Frieden, mit Sicherheit erreichen lassen.

Tagesordnung der in Warschau am 1. und 2. Mai d. J. stattfindenden außerordentlichen Tagung des Deutschen Kongresses für innere Medizin (s. Nr. 5 dieser Zeitschrift, S. 150).

Montag, den 1. Mai, vormittags 9½ Uhr: Eröffnungssitzung. 1. Abdominaltyphus. Referenten: Generaloberarzt Geheimrat v. Krehl; Generalarzt Hünermann. — 2. Paratyphus. Referent: Generalarzt Geheimrat Stintzing. — 3. Herzkrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Referent: Prof. Wenckebach. — 4. Nierenentzündungen im Felde. Referent: Generaloberarzt Geheimrat Hirsch. — Zur Diskussion eingeladen: Stabsarzt d. R. Prof. Bruns; Oberarzt Dr. Jungmann.

Abends Kameradschaftliches Beisammensein.

Dienstag, den 2. Mai, vormittags 9 Uhr: 1. Fleckfieber. Referent: Generaloberarzt Prof. Brauer. — 2. Biologie der Laus. Referent: Prof. Hase. — Zur Diskussion eingeladen: Dr. Munck. — 3. Schutz des Heeres gegen Cholera. Referent: Oberstabsarzt Prof. Hofmann. — 4. Ruhr. Referenten: Generaloberarzt Geheimrat Matthes; Geheimrat Prof. Kruse.

Anschließend an die Sitzungen und, wenn erforderlich, am 3. Mai werden Führungen durch die ständigen und kriegsmäßigen medizinischen und sanitären Einrichtungen und Anstalten Warschaus veranstaltet.

Der Preis der Eintrittskarte beträgt für alle Teilnehmer 10 Mark. Zur Teilnahme an der Tagung sind berechtigt die Militär- und Zivilärzte, welche dem Deutschen Reiche und den verbündeten Staaten angehören. Angehörige neutraler Staaten werden ebensowenig zugelassen wie Damen (abgesehen von approbierten Aerztinnen) und sonstige Familienangehörige.

Zivilärzte müssen bis spätestens 1. April ihre Teilnahme beim Sekretär des Kongresses, Prof. Dr. Weintraud in Wiesbaden, anmelden unter Angabe von Namen, Staatsangehörigkeit, Wohnort und Adresse; sie erhalten dann von der Paßzentrale des Generalgouvernements den Passierschein zugesandt. Außerdem bedürfen sie eines Passes, den sie bei der Polizeibehörde ihres Wohnortes zu beantragen haben. Da die Beschaffung von Wohnungen mit Schwierigkeiten verbunden ist, müssen etwaige Wünsche bis spätestens 15. April dem Sekretär des Kongresses mitgeteilt werden.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz II. Klasse:

Generaloberarzt Prof. Dr. Hahn-Straßburg i. Els.

Oberstabsarzt d. L. Geh. Med.-Rat Dr. Otto, Kreisarzt a. D. in Neurode (Schlesien).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Oberarzt d. Res. Dr. Josef Deßloch-Würzburg.

Assistenzarzt d. Res. Dr. Karl Fähndrich-Lahr (Baden) (infolge von Krankheit gestorben).

Landsturmarzt Dr. Franz Konrad-Landsberg (Oberbayern).

Assistenzarzt d. Res. Dr. Franz Roll, Landwehr-Inf.-Regt. 126.

Oberarzt d. L. Dr. Otto Seidler-Essen a. Ruhr.

Stabsarzt d. Res. Dr. Siebert, Oberarzt an der Provinzialheilanstalt in Niedermarsberg (Westf.) (in Rußland an Flecktyphus gestorben).

Oberarzt Dr. Kurt Sorge-Dresden (gestorben an Flecktyphus im Kaukasus).

Feldarzt Dr. Paul Zimmermann-Freiburg i. Breisgau (gestorben infolge von Krankheit).

Cholera: In Oesterreich sind Choleraerkrankungen (Todesfälle) vom 30. Januar bis 26. Februar: 2 (—), 1 (—), — (—) festgestellt; in Ungarn vom 14.—20. Februar: 1 (1); in Kroatien und Slavonien vom 24. Januar bis 14. Februar 16 (11), 3 (2) und 1 (1) (sämtlich bei Kriegsgefangenen); in Bosnien und Herzegowina: vom 6.—19. Februar: 1 (—) und 1 (1).

Fleckfieber: Im Deutschen Reich sind vom 20. Februar bis 11. März: 89 (2), 4 (1) und 1 (—) Erkrankungen (Todesfälle) unter den in Gefangenenlagern untergebrachten Kriegsgefangenen vorgekommen; in Ungarn vom 24. Januar bis 13. Februar: 27 (1), 13 (3) und 34 (9).

Pocken: In den Wochen vom 20. Februar bis 11. März sind im Deutschen Reich 1, 1 und 8 Erkrankungen angemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 20. bis 26. Februar 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Aussatz, Trichinose, Rotz, Pocken, Tollwut: — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 3 (—); Milzbrand: 1 (1); Unterleibstyphus: 170 (11); Ruhr: 22 (6); Diphtherie: 2960 (212); Scharlach: 1828 (74); Kindbettfieber: 72 (23); Genickstarre: 24 (6); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 5 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 49; Tuberkulose (gestorben): 883.

Berichtigung. Bei der Notiz in Nr. 5 der Zeitschrift (S. 149) über den 70. Geburtstag von Geh. Med.-Rat Dr. Pfeiffer, Reg.- und Med.-Rat in Wiesbaden hat insofern eine Verwechselung stattgefunden, als nicht dieser, sondern sein älterer Bruder, Geh. San.-Rat Dr. E. Pfeiffer, der langjährige Sekretär des Deutschen Vereins für innere Medizin, seinen 70. Geburtstag gefeiert hat. Die für den jüngeren Bruder bestimmten Glückwünsche sind somit ante festum gekommen; mögen sie für ihn ein gutes Omen sein!

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 7. Ausgegeben am 5. April 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 7.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

(Personalien befinden sich auf Seite 6 des Umschlags.)

Angesichts der Knappheit an **Perubalsam** kommt unserem seit 1900 eingeführtem synthetischen Ersatzmittel

Peruol

erhöhte Bedeutung zu.

Farblos! Geruchlos!

Kein Beschmutzen der Wäsche!

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abt. **Berlin S.O. 36.**

Ein neues Lichtbad

mit Hochgebirgs-Sonne ähnlichem Strahlengemisch

ist das

„Ultra-Polysol"-Lichtbad

(Upe-Lichtbad)

Geringer Stromverbrauch ☚

☛ **Hoher Nutzeffekt**

Hervorragende Vorteile:

1. Eine große Lichtfülle strahlender Energie.
2. Ideales Strahlengemisch (rot-gelbe und blau-violette Strahlen in zweckmäßiger Verteilung).
3. Ganz geringe Leitungswärme, langsam ansteigende Temperatur, welche große Höhe auch bei langer Dauer nicht erreicht.
4. Starker Schweißausbruch meist schon bei einer Temperatur, die unter der normalen Körpertemperatur liegt.
5. Keine Erhöhung der Blutwärme, vielmehr Vermeidung jeder Wärmestauung im Körperinnern.
6. Trotz großer Lichtfülle und vervielfachter Strahlungsenergie große Ersparnis im Stromverbrauch.



„Ultra-Polysol"-Lichtbad mit Radiosol-Lampen (Upe-Lichtbad Nr. 959).



Circa 5fache Stromausnutzung

Alleinfabrikation: Man verlange ausführlichen Prospekt!

Electricitätsgesellschaft „Sanitas"

Berlin N. 24, Friedrichstr. 131, XV, Ecke Karlstr.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem außerordentlichen Professor Med.-Rat Dr. Puppe, Gerichtsarzt in Königsberg i. Pr., den ordentlichen Professoren Dr. Jung in Göttingen, Dr. Anschütz und Dr. Stoeckel in Kiel; — das Prädikat Professor: dem Dr. A. Hirschbach, Leiter der bakteriologischen Anstalt für Lothringen in Metz; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: Dr. Krimke, Kreisarzt in Schirmeck (Elsaß), Med.-Rat Dr. Habermaas in Stuttgart, Med.-Rat Dr. Moßer, Kreisarzt in Mühlhausen i. Els.

Ernannt: Kreisassistenzazrt Dr. Kracht in Otterndorf zum Kreisarzt des Kreises Steinberg (Holstein) mit Amtssitz in Itzehoe; Prof. Dr. Stertz in Breslau zum kommissarischen Mitgliede des Medizinalkollegiums für die Provinz Schlesien.

In den Ruhestand auf eigenes Ansuchen getreten: Med.-Rat Dr. Litterski, Kreisarzt in Mayen (Reg.-Bez. Koblenz).

Gestorben: Kreisarzt Dr. Doebert-Beeskow in Warschau, Geh. Med.-Dr. O. Horn, Kreisarzt in Tondern.

Königreich Bayern.

Gestorben: Dr. Friedrich Braun, Bezirksarzt a. D. in Lichtenfels, Med.-Rat Dr. Auer, Bezirksarzt a. D. in München.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: Obermedizinalrat Dr. W. Lesenberg, Physikus a. D. in Rostock.

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 7.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. April.

Aus dem Kgl. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken (Stellvertr. Direktor: Prof. Dr. E. Gotschlich).

Praktische Typhusbekämpfung und epidemiologische Beobachtungen gelegentlich einer dörflichen Typhusepidemie.

Von Dr. Richard Steinebach.

Die Frage nach der Epidemiologie des Typhus abdominalis ist durch die systematische Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches in den Hauptpunkten beantwortet worden: Hinsichtlich der **Infektionsquelle** wissen wir heute, daß nur die Ausscheidungen des typhusinfizierten Menschen in Betracht kommen; zu diesen rechnen wir auch die „Dauerausscheider" und „Bazillenträger".[1])

Weiter hat sich im Laufe der Jahre immer deutlicher gezeigt, daß die **Verbreitungsweise** vornehmlich durch unmittelbaren oder mittelbaren Kontakt erfolgt; die indirekte

---

[1]) Eine Unterscheidung dieser beiden Arten ist praktisch häufig schwierig und von geringer Bedeutung; die praktische Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches bezeichnet daher beide mit dem gemeinsamen Namen „Bazillenträger".

Uebertragung durch infiziertes Wasser oder durch Nahrungsmittel aller Art tritt gegenüber der Kontaktinfektion stark in den Hintergrund. Diese Tatsache wird in weiteren ärztlichen Kreisen nicht immer genügend gewürdigt; nicht selten ist man geneigt, das Trinkwasser, die Milch und andere Nahrungsmittel für die Verbreitung des Typhus verantwortlich zu machen. Die zu einer solchen Auffassung berechtigenden Voraussetzungen fehlen aber nur zu häufig: Da der Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser oder in den beschuldigten Nahrungsmitteln nur sehr selten gelingt, sieht man gern in dem „explosionsartigen Charakter“ einer Epidemie einen Beweis für eine indirekte Uebertragungsweise. Als explosionsartig wird eine Epidemie dann angesehen, wenn um die gleiche Zeit gehäufte Erkrankungen, die dazu vielleicht noch räumlich sich ziemlich weit verteilen, unvermittelt, d. h. ohne vorhergegangene gleichartige Krankheitsfälle auftreten. In solchen Fällen ist die Schlußfolgerung naheliegend, daß infiziertes Wasser oder infizierte Nahrungsmittel, von denen viele Personen, die untereinander gar nicht in Berührung zu kommen brauchen, genossen haben, die Seuche hervorriefen. Wohl ist eine derartige Schlußfolgerung naheliegend, aber deshalb noch keineswegs immer richtig. Man nehme nur beispielsweise an, daß eine Person mit einem ganz leicht verlaufenden Typhus (Typhus „levissimus“, unbewußt und unbemerkt durch direkten Kontakt eine ganze Reihe von Personen infiziert; diese können dann ihrerseits eine solch große Anzahl von Kontaktmöglichkeiten bieten, daß gehäufte Erkrankungen um die gleiche Zeit auch an räumlich weit auseinanderliegenden Ortschaftsteilen scheinbar unvermittelt, d. h. also explosionsartig erfolgen. Würde man sich in diesen Fällen mit der Annahme einer indirekten Uebertragung und mit dementsprechenden Maßnahmen, z. B. mit einer Sterilisierung der als infiziert angesehenen Genußmittel begnügen, so bliebe die eigentliche Infektionsquelle unverstopft, und die Möglichkeit zu weiteren Erkrankungen wäre gegeben.

In voller Würdigung dieser Erwägungen hat die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches es sich zur Aufgabe gemacht, in jedem Falle von Typhus hinsichtlich der Verbreitungswege zunächst alle Möglichkeiten einer Kontaktinfektion zu berücksichtigen und in der Umgebung des Kranken die Personen zu ermitteln, die als Träger von Typhusbazillen die Infektionsquelle bilden können.

Daß es unter Beachtung dieser Grundsätze gelingt, bereits ausgebrochene Epidemien von mittlerem Umfange epidemiologisch fast restlos aufzuklären und dadurch auch vollständig zum Stillstand zu bringen, dafür geben nachstehende Ausführungen, die sich im wesentlichen an den von mir über die Typhusepidemie in X. erstatteten amtlichen Bericht halten, ein Beispiel:

I. Teil: Feststellung des Umfanges der Seuche und ihre Eindämmung.

Am 16. September 1915 wurde dem Kgl. Kreisarzte Dr. T. gemeldet, daß in X. (einem Dorfe von etwa 2700 Einwohnern), Haus Nr. 351, die 70jährige Mag. Elis. Re. (Tabelle I Nr. 3) an Typhus erkrankt sei. Bei der tags darauf vorgenommenen örtlichen Ermittlung zeigte sich, daß noch drei weitere Personen in X. an Typhus krank waren, nämlich die ungefähr gleichaltrigen Schüler Berthold La., August Re. und Heinrich Str. (Tabelle I Nr. 2, 5 und 6).

Bei einer weiteren Ortsbesichtigung am 20. September erschienen wiederum drei Fälle dringend typhusverdächtig, nämlich das dreijährige Kind Wilhelm Sa. (in den Tabellen nicht aufgeführt, da der Verdacht sich später nicht bestätigte; vergl. weiter unten!); dann Frau Marg. Br. (Nr. 1) und endlich der bereits am 18. September verstorbene 9jährige Schüler Emil Le (Nr. 7). Obwohl im letzten Falle eine Sektion wegen äußerer Umstände (der Verstorbene war bereits eingesargt) unterbleiben mußte, war auf Grund der klinischen Erscheinungen Typhus abdominalis als Todesursache höchst wahrscheinlich; der Fall wurde deshalb vom Kreisarzte gemeldet und in das Typhusregister aufgenommen.

Am 27. September schloß ich mich einer dritten Ortsbesichtigung an; an diesem Tage wurden drei neue typhuskranke Personen in X. festgestellt und zwar Frau Friedr. Schn. (Nr. 4), Katharina Br. (Nr. 8) und Reinhold Ba. (Nr. 9).

Die bis dahin ermittelten 10 Fälle ließen sich bereits zum großen Teil auf direkten Kontakt mit der zuerst erkrankten Person, Frau Marg. Br. (Nr. 1) zurückführen. Der Ursprung der ersten Fälle (Nr. 1 und 3) blieb jedoch zunächst noch zweifelhaft. Dieser Umstand und weiter die bedauerliche Tatsache, daß von allen Fällen nur einer (Marg. Elis. Re., Nr. 3) — und dieser auch erst 26 Tage nach Beginn der Erkrankung — in ärztlicher Behandlung gestanden hatte, so daß die Gefahr einer weiteren Verbreitung der Seuche bedeutend war, machten eine weitere systematische Durchsuchung des Ortes nach Personen, die typhuskrank waren oder verdächtig erschienen, vor kurzem erst durchseucht worden zu sein, dringend notwendig.

Die genaue Ortsdurchsuchung wurde von mir in zwei Terminen an insgesamt 6 Tagen vorgenommen. Während meines ersten Aufenthaltes, vom 4. bis 6. Oktober, ermittelte ich 8 sichere Typhusfälle (Nr. 10, 13, 14, 17, 18, 19, 20 und 21). Den zweiten Aufenthalt, vom 14. bis 16. Oktober, benutzte ich zu Umgebungsuntersuchungen von weiteren 5 Fällen, die inzwischen vom Kreisarzte und dem behandelnden Arzt, Herrn San.-Rat Dr. R. zur Anzeige gebracht waren (Nr. 11, 12, 15, 16 und Maria Le., Haus Nr. 194); auch stellte ich 5 neue Typhusverdachtsfälle fest (Nr. 22, 23 und die in den Tabellen nicht geführten Anna Ku., Haus Nr. 152, Elise Le., Haus Nr. 194 und Frau Peter Re., Haus Nr. 67).

In den beiden ersten Wochen nach meiner Rückkehr wurden noch 5 Fälle gemeldet (Nr. 24, 25, 26, 27 und der in die Tabellen nicht aufgenommene Friedr. Be., Haus Nr. 184).

Von den vorstehend aufgeführten 33 Personen, die an Typhus litten oder aus epidemiologischen Gründen zunächst typhusverdächtig waren, sind 6 (Wilhelm Sa., Haus Nr. 134, Maria und Elise Le., Haus Nr. 194, Anna Ku., Haus Nr. 152, Frau Peter Re., Haus Nr. 67 und Friedrich Be., Haus Nr. 184) in den Tabellen nicht geführt. Bei all diesen hat nämlich die klinische Beobachtung wie auch die mehrfach wiederholte bakteriologisch-serologische Untersuchung keine Stütze für die Diagnose Typhus erbracht.

Außer den vorgenannten Personen ermittelte ich bei der systematischen Ortsdurchsuchung noch 6 Kranke, die an Magen-Darmstörungen litten. Die klinischen Erscheinungen waren völlig unverdächtig; jedoch wurde vorsichtshalber eine Blutprobe entnommen, wie auch Stuhl und Urin zur Untersuchung eingeschickt. Nachdem die klinische Beobachtung keine Verdachtsmomente ergeben hatte und nachdem ferner alle bakteriologisch-serologischen Untersuchungen negativ ausgefallen waren, wurde von einer Meldung dieser Personen Abstand genommen.

Die dringendste Aufgabe, die bei der Ortsdurchsuchung zu erledigen war, nämlich die Feststellung aller verdächtigen Krankheitsfälle und deren schleunige Isolierung, durfte damit wohl als gelöst betrachtet werden. Dafür spricht auch der Umstand, daß die nach meiner Rückkehr gemeldeten Fälle ausschließlich solche Personen betreffen,. bei denen ein direkter Kontakt mit den früheren Fällen sicher ist (Fall Nr. 24 im infizierten Hause Nr. 130 und zwar 10 Tage nach dem vorausgehenden Fall 23; ferner die drei Fälle 25, 26, 27 im infizierten Hause Nr. 167 und zwar 15 Tage nach der Isolierung der früheren Fälle). Diese Personen hatten wahrscheinlich schon zur Zeit meines Aufenthaltes in X. die Krankheitskeime aufgenommen; jedoch befanden sie sich alle noch im Zustande der Inkubation und boten daher noch keine Krankheitserscheinungen dar. Der weiteren Verbreitung der Epidemie war also durch eine systematische Ortsdurchsuchung an sechs Tagen ein Ziel gesetzt worden; eine Seuche, die bereits mehrere Wochen bestanden hatte und die schon eine ziemlich ausgedehnte örtliche Verbreitung gewonnen hatte, war zum Stillstand gebracht worden **durch reine hygienische Maßnahmen.** Dieser Umstand verdient besondere Beachtung; lag doch angesichts der drohenden Gefahr einer großen Epidemie der Gedanke nahe, der Seuche mit noch anderen Mitteln entgegenzuarbeiten, beispielsweise durch eine Schutzimpfung der Bevölkerung. Ganz abgesehen davon, daß man über den prophylaktischen Wert der Typhusschutzimpfung ein abschließendes Urteil zurzeit nicht fällen kann, hätte diese Maßnahme praktische Nachteile zur Folge haben können: So wäre die für die schnelle Erkennung einer Typhuserkrankung so überaus wichtige Widalsche Reaktion bedeutungslos geworden, was die weitere Feststellung typhuskranker Personen unter Umständen sehr erschweren konnte. Wäre es aber doch im Verein mit den amtlich vorgeschriebenen Maßnahmen gelungen, die Epidemie ebenso schnell und vollständig zu ersticken, so wäre dem Trugschluß Raum gegeben worden, den ganzen Erfolg der Typhusschutzimpfung gut zu schreiben.

II. Teil: Epidemiologie.

Soweit die äußeren Verhältnisse es erlaubten (nämlich einmal die Anwesenheit der in Frage kommenden Personen und dann deren Einwilligung hinsichtlich der Entnahme einer Blutprobe), wurden ausgedehnte Umgebungsuntersuchungen angestellt. Außer zur Ermittlung von Kranken dienten diese Umgebungsuntersuchungen zur Lösung einer zweiten ebenso wichtigen Aufgabe, nämlich der Ermittlung des epidemiologischen Ursprunges und Zusammenhanges.

Das Ergebnis der dahin zielenden Bemühungen ist aus den Tabellen und dem Ortsplan ersichtlich. Dieselben enthalten alle als positiv in das Typhusregister aufgenommenen Fälle und daher auch solche, bei denen die bakteriologisch-serologische Untersuchung zunächst Zweifel an der Diagnose Typhus zuläßt. Diese zweifelhaften Fälle sind in den Tabellen eingeklammert und in Tabelle I außerdem durch Hinweis auf erläuternde Fußnoten kenntlich gemacht.

Tabelle I (s. folgende Seite) führt die Typhusfälle auf, chronologisch geordnet nach dem mutmaßlichen Beginn der Erkrankung.

Die mit Fußnote 1 versehenen Fälle (Nr. 4, 8 und 9) ergaben eine für Paratyphus B positive Gruber-Widalsche Reaktion; die stets mit Typhusbazillen angestellte Parallelreaktion war negativ. Bei einer zweiten Untersuchung des Falles Nr. 8 am 1. Oktober wurden Typhus- und Paratyphusbazillen gleich stark agglutiniert; bei einer zuletzt am 30. November 1915 wiederholten Reaktion war in den Fällen 8 und 9 überhaupt kein positives Resultat mehr ablesbar und im Falle 4 die Agglutination für Typhusbazillen bedeutend schwächer als für Paratyphusbazillen. Wenngleich nun derartige Fälle in der Regel als Paratyphusinfektion aufgefaßt werden, so sind doch eine ganze Reihe von Fällen bekannt, in denen sichere Typhusfälle einen für Paratyphus gleich hohen oder höheren Agglutinationswert als für Typhusbazillen ergaben. Allerdings waren Typhusfälle, in denen eine Agglutination für Typhusbazillen völlig vermißt wurde, während die Reaktion für Paratyphusbazillen positiv ausfiel, in der mir zugänglichen Literatur nicht bekannt. Diese Lücke konnte ich durch eine Reihe von Beobachtungen ergänzen, die am hiesigen Institut besonders in letzter Zeit erhoben und die an anderer Stelle mitgeteilt sind. Diese Arbeit erbrachte den Nachweis, daß das Serum von — auch bakteriologisch — sicheren Typhuskranken keine Agglutinationskraft für Typhusbazillen aufzuweisen braucht und trotzdem Paratyphusbazillen agglutinieren kann. Demgemäß ist es also wohl möglich, daß die Fälle 4, 8 und 9 echte Typhen sind; die Fälle 4 und 8 um so mehr, als bei ihnen zuletzt auch Typhusbazillen mitagglutiniert wurden. Diese Möglichkeit gewinnt eine gewisse Wahrscheinlichkeit dadurch, daß das klinische Bild in allen drei Fällen mehr dem des Typhus entsprach, und weiter deswegen, weil der epidemio-

Tabelle I.

Typhusfälle in X., chronologisch geordnet nach dem mutmasslichen Tag der Erkrankung.

	a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.	i.
Lfd. Nr.	Name	Alter (Jahre)	Wohnung (Haus-Nr.)	Tag der Erkrankung	Datum der Meldung	Zeitabstand von Erkrankung bis zur Meldung	Widal	Bazillenbefund in Blut, Stuhl und Urin	Bemerkungen
1	Frau Marg. Br.	21	179	10. VIII. 15	23. IX. 15	44 Tage	+ Ty	+ Ty	
2	Berthold La.	10	„	20. „ „	20. „ „	31 „	+ Ty	negativ	
3	Marg. Elis. Re.	70	351 (134)	„ „ „	15. „ „	26 „	+ Ty	—	† 20. IX. 15
4	(Frau Friedr. Schn.)[1]	28	222	28. „ „	28. „ „	31 „	(+ Pa	negativ)[1]	
5	August Re.	9	106	1. IX. „	20. „ „	19 „	+ Ty	„	
6	Heinrich Str.	10	159	„ „ „	„ „ „	„ „	+ Ty	+ Ty	
7	Emil Le.	9	260	„ „ „	24. „ „	23 „	—	—	† 18. IX. 15
8	(Katharina Br.)[1]	26	196	2. „ „	28. „ „	26 „	(+ Pa	negativ)[1]	
9	(Reinhold Ba.)[1]	15	199	4. „ „	„ „ „	24 „	(+ Pa	negativ)[1]	
10	Marg. Ku.	23	152	8. „ „	5. X. „	27 „	+ Ty	+ Ty	
11	Peter Dö.	49	167	10. „ „	8. „ „	28 „	+ Ty	+ Ty	
12	Maria Fu.	16	109	15. „ „	4. „ „	19 „	+ Ty	negativ	
13	Mathilde Ha.	18	167	20. „ „	5. „ „	15 „	+ Ty	„	
14	Barbara Ku.	23	27	„ „ „	„ „ „	„ „	+ Ty	„	
15	Reinhold Ha.	9	273	„ „ „	2. „ „	12 „	+ Ty	„	
16	Johann Br.	9	332	22. „ „	29. IX. „	7 „	+ Ty	+ Ty	
17	Anna Re.	21	138	23. „ „	5. X. „	12 „	+ Ty	negativ	
18	Johanna Re.	21	50	24. „ „	„ „ „	11 „	+ Ty	+ Ty	
19	Maria Ur.	21	128	26. „ „	„ „ „	9 „	+ Ty	+ Ty	
20	Josef Fu.	14	316	„ „ „	7. „ „	11 „	+ Ty	+ Ty	† 27. X. 15
21	Frau F. N. Schn.	28	323 a	28. „ „	„ „ „	9 „	+ Ty	+ Ty	
22	(Rosina Be.)[2]	11	184	4. X. „	14. „ „	10 „	(negativ	negativ)[2]	
23	Josef Le.	11	130	8. „ „	„ „ „	6 „	verd Ty	negativ	
24	Frau Kath. Le.	48	„	18. „ „	23. „ „	5 „	+ Ty	negativ	
25	Joh. Nik. Dö.	18	167	20. „ „	„ „ „	3 „	+ Ty	+ Ty	
26	Reinh. Ha.	13	„	23. „ „	27. „ „	4 „	+ Ty	negativ	
27	(Peter Dö. [Sohn])[3]	16	„	„ „ „	4. XI. „	11 „	—	— [3]	† 10. XI. 15

[1]) Trotz des für Paratyphus positiven **Widal** sind diese Fälle wahrscheinlich doch als echte Typhen anzusehen (vergl. Text); sie wurden als solche auf Grund des klinischen Befundes und des epidemiologischen Zusammenhanges gemeldet.

[2]) In diesem Falle waren die klinische Beobachtung und die epidemiologischen Gründe für die Diagnose Typhus ausschlaggebend. Der negative Ausfall der bakteriologisch-serologischen Untersuchungen spricht bekanntlich nicht gegen das Vorhandensein eines Typhus.

[3]) Von diesem Kranken, der bald nach seiner Ueberführung ins Krankenhaus starb, wurde kein Material eingesandt; das klinische Bild war jedoch eindeutig und der Zusammenhang mit 4 anderen sicheren Typhusfällen in derselben Familie gegeben.

logische Zusammenhang mit den anderen sicheren Typhusfällen in X. fast evident erscheint (vgl. umstehende Tabelle II).

Ebenso ist bei Fall Nr. 22 (Fußnote 2!) die Berechtigung zur Auffassung als Typhuserkrankung gegeben, da das dauernde Fehlen des Widalschen Phänomens während der ganzen Erkrankungsdauer häufig beschrieben worden ist. Der Fall wurde auf Grund des klinischen Befundes und des epidemiologischen Zusammenhanges als Typhus gemeldet.

Bei Fall 27 endlich (Fußnote 3!) erfolgte der Tod, bevor Untersuchungsmaterial eingesandt worden war; der klinische Befund erwies sich aber so eindeutig, und die epidemiologischen Gründe waren so schwerwiegend (4 sichere Fälle in derselben Familie!), daß an der Berechtigung, diesen Fall als Typhus zu führen, kaum ein Zweifel entstehen kann. Aus diesen Gründen hatte auch der Kreisarzt von der Leichenöffnung Abstand genommen.

Im übrigen ergibt sich aus Tabelle I noch mancherlei Bemerkenswertes: In Spalte f ist die Zeitdifferenz angegeben, die vom Beginn der Erkrankung (Spalte d) bis zum Tage der Meldung (Spalte e) liegt. Es zeigt sich deutlich, wie diese Zeitspanne, deren Größe zur Ausbreitungsmöglichkeit der Seuche in direktem Verhältnis steht, bei den später erkrankten Personen ziemlich progressiv abnimmt.

Das in der Spalte b der Tabelle I angegebene Alter der Erkrankten läßt bereits Rückschlüsse zu, die für die Annahme sprechen, daß sich die Seuche vornehmlich durch Kontakt verbreitete. Es sind nämlich vorwiegend zwei Altersklassen betroffen: Erstens schulpflichtige oder eben erst schulentlassene Kinder im Alter von 9 bis 15 Jahren (Nr. 2, 5, 6, 7, 9, 15, 16, 20, 22, 23 und 26 = 11 Fälle) und zweitens jugendliche Personen (und zwar überwiegend weibliche!) im Alter von 16 bis 28 Jahren (Nr. 1, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21 = 11 weibliche und 25, 27 = 2 männliche; zusammen 13 Fälle). Die Personen innerhalb der einzelnen Gruppen sind durch viele gleichartige Interessen und gleiche Beschäftigung auf regen wechselseitigen Verkehr hingewiesen. Es ist einleuchtend, daß für die Verbreitung einer Seuche eine derartige Alters- und Interessengemeinschaft von der größten Bedeutung sein kann. Die weitere Untersuchung ergab dann auch in der Tat, daß zahlreiche Kontakte durch diesen Umstand zu erklären sind.

Weitere Kontaktmöglichkeiten ergeben sich aus der örtlichen Verteilung, wie sie aus dem **Ortsplane** (s. folgende Seite) ersichtlich wird. Die Häuser 179 (Fall 1 u. 2) und 130 (Fall 23 und 24) wurden von je 2 Erkrankungsfällen, das Haus 167 gar von 5 Fällen (11, 13, 25, 26 und 27) heimgesucht. Da diese Fälle in den betroffenen Haushaltungen nicht gleichzeitig auftraten, sondern vielmehr in Zeitabständen einander folgten, die durchaus der Inkubationszeit des Typhus entsprachen, muß für

Ortsplan von X.

Die infizierten Häuser sind durch die Hausnummern kenntlich gemacht.

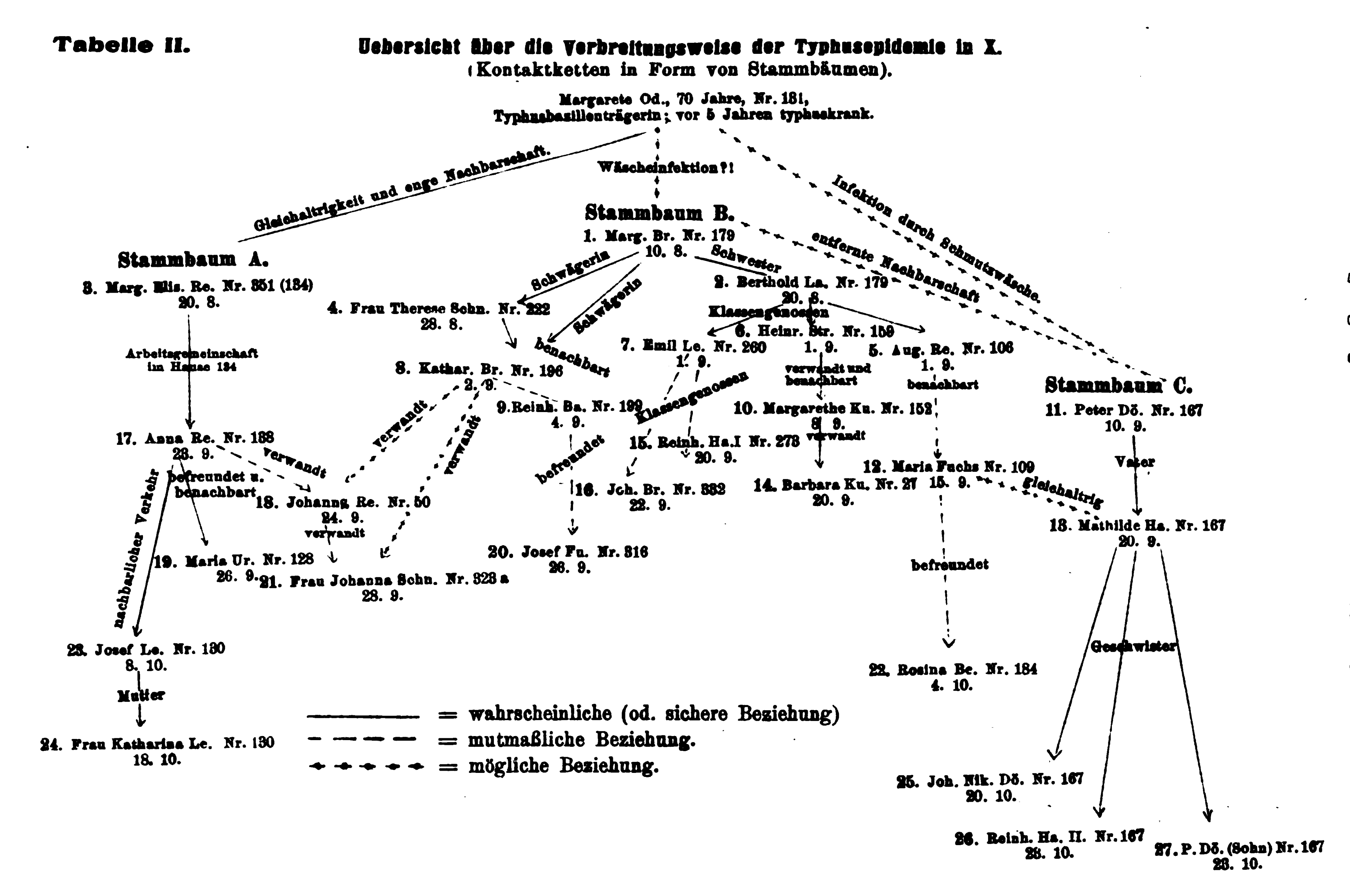
Die Häuser, deren Nummern eingeklammert sind, sind für den Ursprung der Epidemie bedeutungsvoll.

▬ = Brunnentrog.
● = Brunnenstube.
— = Wasserlauf.

Lauf-brunnen
Lauf-brunnen
Kloster
(165)
167
179
184
199
196
154
152
106
50
27
109
Laufbrunnen
Schule
Schule
222
128
138
260
Baz.-Trägerin
Lauf-brunnen
(131)
316
332
130
273
(184)
Haus Sa
323 a
351
Kirche u. Friedhof

Tabelle II.

Uebersicht über die Verbreitungsweise der Typhusepidemie in X.
(Kontaktketten in Form von Stammbäumen).



die später erkrankten Personen eine Kontaktinfektion vom jeweils ersten Falle her angenommen werden. Alle übrigen Fälle betrafen verschiedene Häuser (insgesamt 21), die sich auf fast alle Teile der Ortschaft verteilen. Bei Fall Nr. 3 sind in Tabelle I, Spalte c zwei Hausnummern angegeben; die eingeklammerte Zahl 134 (die auf dem Ortsplane ebenso eingezeichnet ist) bezieht sich nämlich auf das Haus, in dem die betreffende Person gegen Tagelohn beschäftigt war; in diesem Hause erfolgte — wie sich bald herausstellte — ihre Infektion, und von hier aus fanden Kontakte in der Nachbarschaft statt, nämlich die Fälle 17, 19, 22 und 23 in den Häusern 138, 128 und 130. Ueberhaupt mußte der nachbarliche Verkehr ziemlich oft für Kontaktübermittlung verantwortlich gemacht werden: So geht der Fall 12 im Hause Nr. 109 auf Fall 5 im Hause Nr. 106 zurück; ebenso gehören die Fälle 6 und 10 in den Nachbarhäusern 159 und 152 zusammen; desgleichen die Fälle 8 und 9 in den Häusern 196 und 199. Weitere Aufschlüsse über Entstehung und Verbreitung der Epidemie gab die örtliche Verteilung nicht. Erwähnt sei noch die besondere Häufung der Erkrankungen in der dichtbewohnten Ortsmitte, in der alle Häuser aus einem gemeinsamen Laufbrunnen das Wasser beziehen; jedoch wird die Annahme einer Wasserinfektion durch die zeitliche Aufeinanderfolge hinfällig.

Wie im einzelnen die Ausbreitung der Epidemie stattgefunden haben mag, lehrt **Tabelle II** (s. vorstehende Seite). In ihr sind die Kontaktketten mit ihren Verzweigungen in Form eines Stammbaumes aufgezeichnet. Beinahe alle 27 Fälle gliedern sich zwanglos durch fortlaufenden Kontakt den zuerst erkrankten Personen an:

A. Die am 20. August 1915 erkrankte Marg. Elis Re. (Nr. 3) hat 6 weitere Fälle infiziert.

B. Auf die am 10. August 1915 erkrankte Frau Marg. Br. (Nr. 1) lassen sich 14 Fälle zurückführen. Die große Ausdehnung dieses Stammbaumes erklärt sich durch die zahlreiche Verwandtschaft der Urheberin, ihren Wohnsitz im dicht bevölkerten Ortsteil und durch die frühzeitige Ansteckung ihres schulpflichtigen Bruders Berthold La. (Fall Nr. 2), der seinerseits dann 5 Schulkameraden infizierte.

C. Der am 10. September 1915 erkrankte Peter Dö. (Nr. 11) setzte 4 Kontakte in seiner Familie.

Es ergeben sich somit 3 verschiedene Kontaktstammbäume (in Tabelle II mit A., B. und C. bezeichnet), für die ein direkter Zusammenhang untereinander nur schwer konstruierbar ist. Demnach war noch die Herkunft der Erkrankung bei den Urhebern der Kontaktstammbäume festzustellen, d. h. also für die Fälle Nr. 3, 1 und 11. Es lag nahe, für diese Fälle Beziehungen zu früheren Typhuserkrankungen in X. anzunehmen.

Aus den Ortslisten, die seit 1906 geführt sind, ergab sich

zunächst, daß von allen bei der heurigen Epidemie infizierten Häusern nur in Nr. 332 Typhus vorgekommen war und zwar im Jahre 1910, in dem X. ebenfalls von einer Epidemie heimgesucht worden war. Die bei der damaligen Epidemie im Hause 332 erkrankte Person starb infolge ihrer Erkrankung; sie ist daher für die Entstehung der Epidemie von 1915 bedeutungslos, zumal der im Hause 332 jetzt vorgekommene Fall (Nr. 16) sich einwandfrei auf andere Erkrankungen zurückführen läßt. — Ein anderes Haus, das im Jahre 1910 infiziert war, erschien bedeutungsvoller, nämlich das Haus Nr. 349; dieses liegt in nächster Nähe des Hauses Nr. 351, des Wohnhauses der Marg. Elis. Re. (Fall Nr. 3), die im Beginn der Epidemie erkrankte und als die Urheberin des Kontaktstammbaumes A gelten muß. Die örtliche Zusammengehörigkeit dieser beiden Häuser ist um so höher zu bewerten, da beide von nahen Verwandten bewohnt werden, die fast ein gemeinsames Familienleben führen. Die mehrfache Untersuchung der Hausbewohner förderte jedoch keinen positiven Befund zu tage; speziell wurde bei den früher typhuskranken Personen, die als Dauerausscheider in Betracht kommen konnten, der Nachweis von Typhusbazillen in den Abgängen nicht erbracht.

Die Ermittlung des Falles Nr. 3, Marg. Elis. Re., ergab jedoch noch mehrere Möglichkeiten für eine Infektionsquelle. Diese Person hatte nämlich bis zur Höhe ihrer Erkrankung bei Familie Sa. im Hause 134 gearbeitet. Es lag nahe anzunehmen, daß die Infektion dort erfolgt war, um so mehr als auch das Kind Sa. um die gleiche Zeit Krankheitserscheinungen dargeboten hatte. Der im Hause 134 wohnende Michel Sa. hatte vor mehr als 20 Jahren Typhus gehabt, und ein in demselben Hause beschäftigtes Dienstmädchen war ebenfalls verdächtig, Typhus überstanden zu haben. Von den verdächtigen Personen wurde mehrfach Stuhl und Urin untersucht; jedesmal mit negativem Ergebnis.

Trotz so vieler ergebnisloser Nachforschungen mußte an der Ueberzeugung festgehalten werden, daß in der Umgebung der Marg. Elis. Re. die Infektionsquelle zu suchen war. Da lenkte sich der Verdacht auf eine in der nächsten Nachbarschaft des Hauses 134 wohnende Person, die ebenfalls 1910 Typhus gehabt hatte und die an Gallensteinkoliken litt. In der Tat wurden bereits bei der ersten Untersuchung im Stuhlgange dieser Person, der im Hause 131 wohnenden, 71 jährigen Margarete Od., Typhusbazillen festgestellt. Da auch die Nachuntersuchung diesen Befund bestätigte, hat die Margarete Od. als Typhusbazillenträgerin zu gelten. Sie infizierte die Urheberin des Stammbaumes A. durch direkten Kontakt, der durch die enge Nachbarschaft und die Gleichaltrigkeit beider Personen ohne weiteres verständlich wird.

Schwieriger waren Beziehungen der Bazillenträgerin zu den beiden anderen Kontakturhebern aufzufinden.

Die zuerst erwogene Möglichkeit, daß Frau Magarete Br., die Kontakturheberin zu Stammbaum B., bei einem Besuche ihres in Weißenburg beschäftigten Mannes sich infiziert habe, konnte nach den angestellten Erkundigungen nicht in Betracht kommen. Auf dieser Reise wurde Frau Br. von Frau Sa., bei der die Marg. Elis. Re. in Stellung war, begleitet. Daß auf diese Art zwischen Frau Br. und Marg. Elis. Re., d. h. also zwischen den Urhebern der Stammbäume B. und A., ein Kontakt übermittelt wurde, erscheint deswegen sehr unwahrscheinlich, weil die Mittelsperson, Frau Sa., gesund blieb. Zwar erkrankte zu Beginn der Typhusepidemie auch das Kind der Frau Sa.; die klinische Beobachtung und die mehrfach mit negativem Ausfall wiederholte bakteriologische und serologische Untersuchung ergab aber mit größter Wahrscheinlichkeit, daß die Erkrankung des Kindes kein Typhus war. Um so mehr muß der indirekte Kontakt durch eine gesund gebliebene Mittelsperson fraglich erscheinen. Die Kontaktstammbäume dürften somit untereinander unabhängig sein.

Immerhin ist auch bei den Stammbäumen B. und C. eine indirekte Beziehung zur Bazillenträgerin Od. möglich. Die Wäsche der Bazillenträgerin wird nämlich im Hause 165 gewaschen, das in naher Nachbarschaft der Häuser 179 (Frau Marg. Br. Nr. 1) und 167 (Peter Dö. Nr. 11) gelegen ist. Die Wäsche aus den genannten drei Häusern wird an einem Brunnen gewaschen, und zwar ist es üblich, die Wäsche vor dem Kochen in kaltem Wasser „einzuweichen“ und zu verreiben. Eine Infektion durch Schmutzwäsche ist daher wohl möglich. Diese Möglichkeit ist in Tabelle II für die Stammbäume B. und C. als Ursprung angenommen.

Natürlich bestehen bei zahlreichen Personen eine ganze Reihe von Möglichkeiten für Kontaktinfektionen; dieselben sind nur soweit eingetragen, als die Uebersichtlichkeit nicht darunter leidet; der Grad von Wahrscheinlichkeit ist aus der Tabelle ersichtlich.

Jedenfalls ergibt sich das Bemerkenswerte, daß eine ziemlich ausgedehnte Epidemie sich vollständig durch Kontaktverbreitung erklärt und daß letzten Endes eine Bazillenträgerin als Infektionsquelle ermittelt wird.[1])

Die Ursachen für die Ausdehnung der Epidemie decken sich zum Teil mit den Bedingungen, die für die Kontaktmöglichkeiten erörtert worden sind; z. T. aber erklärt sich das zunächst ungestörte und unbemerkte Umsichgreifen der Seuche durch den klinischen Charakter: Die meisten Fälle verliefen nämlich ziemlich mild; nur wenige wiesen bedrohliche Symptome auf; von den 4 Todesfällen fiel nur

---

[1]) Dieser Auffassung schloß sich auch der Medizinalreferent der Kgl. Regierung in Trier, Herr Geh. Med.-Rat Dr. Schlecht, bei einer Ortsbesichtigung an.

einer (Nr. 3) in den Beginn der Epidemie. Demgemäß wurde nur bei vereinzelten Fällen (Nr. 3, 11, 15, 16 und 25) zum Arzt geschickt; bei allen übrigen Personen wurde von den Angehörigen die Diagnose „Erkältung" gestellt. Da eine ganze Reihe der Kranken nur wenige Tage oder überhaupt nicht bettlägerig gewesen war, stieß die Ermittlung z. T. auf große Schwierigkeiten, die nur durch die systematische Durchsuchung aller Häuser und durch recht zahlreiche bakteriologische und serologische Untersuchungen bewältigt wurden. Mehrfach zeigte sich ein Ansatz zu anscheinend explosionsartiger Verbreitung; so fielen 4 Erkrankungen auf den 1. und 2. September, und in den Tagen vom 20. bis 24. September — also ziemlich zu gleicher Zeit! — breitete sich die Epidemie auf 6 neue Personen aus! Wären die Vorläufer und Zwischenglieder zu diesen Fällen verborgen geblieben — was bei dem leichten klinischen Verlauf sehr wohl möglich war, so wäre den Vermutungen über eine indirekte Verbreitungsweise weitester Spielraum geboten worden. Es zeigt dieses Beispiel, wie sehr die Methodik der Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches zu Recht besteht, nämlich bei jedem Falle von Typhus, gleichgültig, ob er sporadisch oder im Rahmen einer größeren Epidemie auftritt, allen nur denkbaren Kontaktmöglichkeiten nachzugehen und möglichst den oder die typhusinfizierten Menschen ausfindig zu machen, von denen die Infektion ausgegangen sein könnte.

Ergebnis.

1. Eine Typhusepidemie mittleren Umfanges wird durch rein hygienische Maßnahmen — nämlich schleunige Isolierung der Kranken und Krankheitsverdächtigen — in kurzer Zeit völlig zum Stillstand gebracht.
2. Die Seuche erweist sich trotz einiger Ansätze zu explosionsartiger Verbreitung als ausschließliche Kontaktepidemie.
3. Als Infektionsquelle wird eine Bazillenträgerin festgestellt.

Dem Herrn Reichskommissar für die Typhusbekämpfung, Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke, spreche ich für manchen wertvollen Wink bezüglich der epidemiologischen Auffassung meinen verbindlichsten Dank aus.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Militär-Psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen. Von Stabsarzt Dr. Weyert in Posen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten; XI. Bd, H. 2—4. Halle 1915. Carl Marholds Verlagsbuchhandlung. 8°, 145 S. Preis: 3,60.

Das Streben der Militärverwaltung ist ein zweifaches: 1. Verhinderung der Einstellung von psychisch kranken oder defekten jungen Leuten in die

Armee, und 2. möglichst frühzeitige Erkennung aller geistig für den Heeresdienst nicht geeigneten Elemente. Die erste Forderung wird kaum ganz erfüllt werden können, wenn in dieser Hinsicht auch durch verständnisvolles Zusammenarbeiten mit Zivil- und Militärbehörden (besonders durch Mitwirkung der Irrenanstalten, Hilfsschulen, Fürsorgestellen usw.) schon viel erreicht ist und vielleicht noch mehr erreicht werden kann. Um so mehr muß die Militärverwaltung Wert darauf legen, möglichst bald nach der Einstellung die Mannschaften mit regelwidrigen Geisteszuständen herauszufinden; dafür ist auch jetzt namentlich durch Errichtung psychiatrischer Stationen bei jedem Armeekorps, die unter Leitung eines spezialistisch ausgebildeten Militärarztes stehen, insofern ausreichende Fürsorge getroffen, als nunmehr ein geistig kranker oder auffälliger Soldat sofort einem Fachmann zur Beobachtung oder Behandlung überwiesen werden kann. Verfasser ist Leiter einer solchen größeren psychiatrischen Station in Posen gewesen und berichtet in der vorstehenden, höchst interessanten Abhandlung über seine dortige Tätigkeit während der Zeit vom 1. Oktober 1911 bis 30. September 1912. Von den 106 behandelten Kranken gehörten 7 dem Offizierstande, 16 dem Unteroffizier- und 83 dem Mannschaftsstande an Unter den behandelten Mannschaften wurden am häufigsten Dementia praecox (20), psychopathische Konstitution (22), Imbezillität (20) und Epilepsie (11) beobachtet; bei den Angehörigen des Unteroffizierstandes: alkoholische Geisteskrankheiten (4) und Dementia praecox (3). Bei den Mannschaften wurde die betreffende Geisteskrankheit in fast zwei Drittel der Fälle schon im ersten Dienstjahre festgestellt. Das beobachtete Material wird nach den Geisteskrankheiten (Dementia praecox, angeborener Schwachsinn, Epilepsie, psychopathische Konstitution, endogene Nervosität und erworbene Neurasthenie, Hysterie, organische Gehirnerkrankungen, depressives Irresein, akute halluzinatorische Verrücktheit) geordnet und unter Einfügung bemerkenswerter Krankheitsgeschichten, sowie mit Rücksicht auf Fürsorgeerziehung und Kriminalität besprochen. Von den 83 Mannschaften hatten sich 12 = 14,4 % in Fürsorgeerziehung befunden; 26 = 31 % waren bestraft, 41 = 49,4 % wegen einer gerichtlich zu ahndenden Straftat bezw. auf Anordnung des Gerichts der Beobachtung überwiesen, darunter nicht weniger als 26, also fast zwei Drittel, wegen unerlaubter Entfernung bezw. Fahnenflucht; sonst bildeten Achtungsverletzung und Gehorsamsverweigerung (je 4 mal) die häufigsten Delikte. Von den Fahnenflüchtigen litt je ein Drittel an Imbezillität und an einer degenerativen psychopathischen Konstitution; es wird also die auch von anderen Psychiatern gemachte Erfahrung bestätigt, daß Fahnenflucht gerade von Schwachsinnigen nicht selten begangen wird. Betreffs der strafrechtlichen Verantwortlichkeit der Imbezillen ist Verfasser der Ansicht, daß man ihnen gegenüber die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit möglichst weit stellen und sich ihnen gegenüber aus sozialen Gründen vor einer weichherzigen Sentimentalität hüten sollte. Affekthandlungen und Straftaten Imbeziller unter Alkoholeinfluß seien jedoch besonders eingehend zu würdigen.

Aus den Ausführungen des Verfassers geht jedenfalls erfreulicherweise hervor, daß es heutigentags viel schneller und vollkommener als früher gelingt, geistig kranke oder abnorme Mannschaften zu erkennen und aus dem Heere auszuschließen, dank der getroffenen Maßnahmen und nicht zum wenigsten dank der vertieften psychiatrischen Kenntnisse und Fähigkeiten der Truppenärzte, Militärrichter und Offiziere Wünschenswert für die Zukunft ist nach Verf. Ansicht Ergänzung der geltenden Bestimmungen nach der Richtung hin, daß ein Mann wegen verbrecherischer Taten nicht bloß wie bisher bei Zuchthausstrafe zwangsweise aus dem Heere entfernt werden kann, sondern dem Gerichte die Befugnis eingeräumt wird, auch bei leichteren wiederholten Verbrechen oder längeren Gefängnisstrafen gleichzeitig auf Entfernung aus dem Heere zu erkennen; ein Vorschlag, der bereits von Stier gemacht ist. Mit Rücksicht auf die Frage, ob eine Kriminalität schon vor dem Diensteintritt als Folge einer krankhaften oder abnormen Psyche bestanden hat, ist es weiterhin erwünscht, daß etwaige Freisprechungen oder Einstellungen des Verfahrens aus § 51 Str. G. B. in die Straflisten eingetragen werden. Bei häufigen oder längeren Gefängnisstrafen könnten auch Zählkarten bezw. Fragebogen von den Gefängnisärzten angelegt werden, die eine wertvolle Unterlage für die Beurteilung vorbestrafter Mannschaften bilden würden. Man kann dem Verfasser nur beistimmen, wenn er

sich am Schluß seiner Ausführungen dahin äußert, „daß die erhöhte Beachtung des Kapitels: Kriminalität und geistige Gesundheit sowie die Verarbeitung eines großen Beobachtungsmaterials durch die Militärpsychiater doch allmählich praktische Ergebnisse zeitigt, die schließlich dazu führen, unser Heer in größerem Maße als bisher von geistig kranken oder ungeeigneten Elementen säubern zu können.“ Rpd.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Zur Frage der traumatischen Neurose. Von Prof. Dr. Zangger-Zürich. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 1 u. 2.

Der versicherungs-medizinische Begriff der traumatischen Neurose bedeutet in der Mehrzahl der Fälle auch ein in bezug auf das Erwerbsleben gute Prognose; die Aerzte müssen sich aber bewußt bleiben, daß ein momentanes Symptomenbild, das der traumatischen Neurose entspricht, nicht immer diese gute Prognose hat Wesentlich schlechter scheint die Prognose, wenn das bedingende Trauma dadurch charakterisiert ist, daß seine Wirkung infolge der physikalischen Eigenart des ganzen Körpers spezifisch durchdringt (elektrische Wirkung, chemische Wirkungen). Es gibt aber auch Fälle, bei denen einfach unsere Methodik nicht ausreicht, die bleibenden Störungen festzustellen, wenn sie sich auch unter etwas atypischen Bildern verstecken, die immer noch dem ja nicht scharf abgegrenzten Bild der traumatischen Neurosen entsprechen, die aber unter sukzessiver Verschlimmerung in Krankheitsbildern übergehen, die z. B. Störungen in den Meningen, der inneren Sekretion entsprechen und zum Tode führen können. Es kann aber auch indirekt eine kausal mit dem Trauma zusammenhängende Störung eine Situation bedingen, durch die der Tod erfolgte, wo also ein Kausalzusammenhang in dem rechtlichen Sinne besteht, daß mit größter Wahrscheinlichkeit der Tod ohne die Traumafolge nicht eingetreten wäre. Dr. Wolf-Hanau.

Nur 25 % Erwerbseinbuße bei Verlust des Sehvermögens auf einem Auge, auch wenn der Augapfel entfernt ist. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 5. Januar 1916.

Es handelt sich nur noch um den glatten Verlust des Sehvermögens auf dem rechten Auge, an den Gewöhnung eingetreten ist. Die Ansicht des Klägers, ihm stehe als Gesteinshauer für diesen Verlust unter allen Umständen eine Teilrente von 33⅓ % zu, ist irrig. Vielmehr ist nach der Rechtsprechung des R. V. A. bei jedem Verletzten der Grad der Beeinträchtigung von Fall zu Fall zu prüfen. Mit Rücksicht auf den vom Kläger verdienten normalen Lohn ist in diesem Falle eine Teilrente von 25 % aber ausreichend, so daß dem Rekurse des Verletzten gegen das Urteil des Oberversicherungsamts vom 14. März 1913 der Erfolg zu versagen war.

Ebenso unbegründet ist der Rekurs gegen das Urteil vom 15. Juni 1914. Dieses setzt die Rente aus dem Unfall vom 30. August 1901 nach erfolgter operativer Entfernung des rechten Auges von neuem fest. Nach den Gutachten des Dr. K. und des Dr. M. hat sich die Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch die Entfernung des rechten Auges nicht gemindert. Nach wie vor handelt es sich um den glatten Verlust dieses Auges und hierfür ist, wie oben ausgeführt, eine Teilrente von 25 % angemessen und ausreichend.

(Kompaß; 1916, Nr. 6.)

Die ärztlichen Berater der Landesversicherungsanstalten (die sogenannten Vertrauensärzte) können vor dem Oberversicherungsamt als Parteivertreter erscheinen und als solche gehört werden. Es ist auch zulässig, daß sie in einzelnen Fällen aus besonderen Gründen vom Oberversicherungsamt als Zeugen und in Verbindung mit der Auskunft über ihre eigenen früheren Wahrnehmungen gutachtlich (als sachverständige Zeugen) vernommen werden. Doch dürfen die Oberversicherungsämter zur Vermeidung einer Umgehung (Verletzung) des § 1686 der Reichsversicherungsordnung hieraus keine Regel machen. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Mai 1915.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 8.)

Der Hinweis darauf, daß für die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit des Verletzten ein (näher bezeichnetes) ärztliches Gutachten die Unterlage bilde, genügt nicht als Begründung des Bescheid (§ 1589 der Reichsversicherungsordnung). Es bedarf vielmehr der Mitteilung wenigstens des wesentlichen Inhalts des Gutachtens. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. Februar 1915.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 7.)

Die Kosten ärztlicher Gutachten, die das Versicherungsamt im Einspruchsverfahren im Rahmen seiner Befugnisse aus §§ 1595 und 1598 der Reichsversicherungsordnung einholt, gehören zu den von den Versicherungsträgern zu erstattenden Barauslagen. Für die Frage der Erstattungspflicht eines im Einspruchsverfahren von Amts wegen eingeholten ärztlichen Gutachtens kommt es nicht darauf an, ob das Gutachten zur Beurteilung des Falles erforderlich war. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 7. September 1914.

Der Anspruch auf Kostenerstattung ist aus § 1600 in Verbindung mit § 1598 der Reichsversicherungsordnung gerechtfertigt, da sich das Versicherungsamt nach mündlicher Verhandlung zur Sache gutachtlich geäußert hat. Die Berufsgenossenschaft bezweifelt zu Unrecht, daß die Kosten ärztlicher Gutachten zu den von den Versicherungsträgern zu erstattenden Barauslagen des Einspruchsverfahrens gehören. Im § 59 Abs. 2 a. a. O. ist durch den Hinweis in der Klammer klargestellt, daß auch der Einspruch im Sinne dieser Vorschrift als Spruchsache zu behandeln ist. Die im Einspruchsverfahren entstehenden Kosten sind daher von den Versicherungsträgern zu erstatten, soweit es sich um Barauslagen des Verfahrens handelt. Hierzu gehören unbestritten auch die Gebühren für Sachverständige, weil sie sofort ausscheidbar und nicht den gewöhnlichen Kosten der Organisation zuzurechnen sind. Nach der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts sind demnach die Kosten ärztlicher Gutachten, die das Versicherungsamt im Einspruchsverfahren im Rahmen seiner Befugnisse aus §§ 1595 und 1598 a. a. O. einholt, von den Versicherungsträgern zu erstatten.

Die Berufsgenossenschaft nimmt ferner irrig an, das Versicherungsamt dürfe in der Regel kein so umfangreiches und kostspieliges Gutachten wie im vorliegenden Falle einholen. Das Reichsversicherungsamt hat schon in der erwähnten Entscheidung 2735 ausgesprochen, daß das Versicherungsamt auch eingehend begründete Gutachten einzuziehen berechtigt ist. Die den Kommissionsberichten 6. Teil S. 102 entnommenen Ausführungen der Berufsgenossenschaft können diese Ansicht nicht widerlegen. Die Erklärungen eines Vertreters der verbündeten Regierungen in der Kommission über die Ausdehnung der Ermittlungen im Einspruchsverfahren sind von der Berufsgenossenschaft nicht vollständig wiedergegeben worden. Sie lauten nämlich dahin, daß größere Erhebungen der Berufsgenossenschaft überlassen bleiben müßten. Wenn sie geboten sein sollten, habe sich das Gutachten des Versicherungsamts darauf zu beschränken, wünschenswert erscheinende Anregungen zu geben. Unter größeren Erhebungen in diesem Sinne sind aber in der erwähnten Entscheidung nur umständliche, mit einer Beobachtung im Krankenhause verbundene Begutachtungen und sogenannten Obergutachten zu verstehen.

Unrichtig ist schließlich die Ansicht der Berufsgenossenschaft, die Kosten für ein von Amts wegen eingeholtes ärztliches Gutachten habe der Versicherungsträger nur dann zu erstatten, wenn es zur Beurteilung des Falles noch erforderlich gewesen sei. Schon unter der Herrschaft des früheren Rechtes hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsübung anerkannt, daß die von den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung eingeholten Gutachten ohne Rücksicht auf ihre Notwendigkeit von den Berufsgenossenschaften zu erstatten sind. Ebenso gilt in Gerichtskostengesetze der Grundsatz, daß die Belastung der Staatskasse mit Auslagen des Verfahrens unzulässig ist, auch wenn diese Auslagen durch ein Verschulden der im Verfahren tätig gewesenen Beamten oder sonstwie durch eine unrichtige Behandlung der Sache ohne Schuld der Beteiligten entstanden sind. Hat im Einspruchsverfahren ein Versicherungsamt, das sich gutachtlich zur Sache geäußert hat, von Amts wegen Ermittlungen angestellt, so haben, wenn der beteiligte Versicherungsträger sich weigert, die

hierdurch entstandenen Kosten zu tragen, die Instanzen nur zu prüfen, ob die Beweismittel bereit oder leicht zu beschaffen und erhebliche Kosten nicht entstanden sind (§ 1598 a. a. O.). Darüber, ob eine Beweiserhebung erforderlich ist, hat der Vorsitzende des Versicherungsamts allein pflichtgemäß zu befinden. Die Erheblichkeit des Beweises ist ohne Bedeutung für die Kostenerstattungspflicht. Sonst würde im Kostenbeschwerdeverfahren die Grundlage des ganzen Rentenstreits nachzuprüfen und damit zu Fragen Stellung zu nehmen sein, die dem Spruchverfahren vorbehalten sind. Die Gefahr, daß die Spruch- und Beschlußinstanz über die Bedeutung von Ermittlungen des Versicherungsamts verschiedener Meinung sind, muß vermieden werden. Auch würde das freie Ermessen der Versicherungsämter bedenklich beeinflußt werden, wenn für Ermittlungen, die in der Beschwerdeinstanz für nicht erforderlich angesehen werden, keine Kosten erstattet würden. Das Einspruchsverfahren könnte dadurch seine Bedeutung zum großen Teile verlieren. Das Reichsversicherungsamt geht aber bei dieser Entscheidung von der Voraussetzung aus, daß die Versicherungsämter bei ihren Beweiserhebungen sachgemäß verfahren und dabei bemüht sein werden, eine Belastung der Berufsgenossenschaften durch unnötige Kosten zu vermeiden.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 7.)

Ueberträgt die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse gemäß § 1514 der Reichsversicherungsordnung das Heilverfahren über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus, so tritt hierdurch die Berufsgenossenschaft nur zu der Krankenkasse, nicht auch zu den Personen, deren sich die Krankenkasse zur Ausführung des ihr erteilten Auftrages bedient (Aerzte, Apotheker usw.) in Rechtsbeziehungen. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 19. Juni 1915.

Der Beklagten ist darin beizutreten, daß sie aus dem der Klägerin erteilten Auftrag nur zu dieser in Rechtsbeziehungen getreten ist. Sie hat der Klägerin in dieser aus der Ausführung des Auftrags erwachsenen Kosten zu ersetzen. Zu diesen gehören ohne weiteres die Kosten der über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus fortgesetzten ärztlichen Behandlung. . . . . . Nur solche Kosten hat die Berufsgenossenschaft zu ersetzen, die die Krankenkasse für die zur Ausführung des ihr erteilten Auftrags notwendigen Leistungen nachweislich angemessen aufgewandt hat oder noch zahlen muß. Dabei sind Streitigkeiten mit dem Arzte über die Höhe seines Honorars nicht von der Berufsgenossenschaft, sondern von der Krankenkasse als der Auftraggeberin des Arztes mit diesem zum Austrag zu bringen.

Der Auftrag der Beklagten an die Klägerin ging dahin, „die Leistungen für Rechnung der Beklagten im Rahmen der Kassenleistungen forzusetzen". Die Beklagte durfte danach erwarten, daß die Klägerin die Heilbehandlung des verletzten W. in demselben Umfang und in der gleichen Weise wie während der ersten 13 Wochen fortsetzen würde, und daß ihr, der Beklagten, daraus nicht mehr Kosten entstehen würden, als die Klägerin selbst aufzuwenden gehabt haben würde, wenn sie die weiteren Leistungen ohne Auftrag der Beklagten im Rahmen der Kassenleistungen gewährt hätte. Die Leistungen, die die Klägerin dem W. im Auftrag der Beklagten gewährt hat, gehen über den Rahmen der Kassenleistungen nicht hinaus, die Notwendigkeit der ärztlichen Leistungen des Dr. Fr. wird von der Beklagten im allgemeinen nicht bestritten. Als angemessene, von der Beklagten zu ersetzende Vergütung kann daher vorbehaltlich des Nachweises der Notwendigkeit höherer Aufwendungen nur der Betrag gelten, den die Krankenkasse aufzuwenden gehabt haben würde, wenn sie die Leistungen für eigene Rechnung als Kassenleistungen gewährt hätte, d. i. der Betrag, den die Klägerin dem Arzte nach den mit ihm für Kassenleistungen getroffenen Vereinbarungen zu zahlen hätte. Glaubt der Arzt, der Klägerin höhere Gebührensätze in Rechnung stellen zu dürfen, weil die Klägerin Ersatz ihrer Aufwendungen von der Beklagten zu verlangen berechtigt ist, so wird ein Streit hierüber zwischen der Klägerin und dem Arzte auszutragen sein, und die Beklagte gemäß § 1514 Abs. 2 der R.V.O. der Klägerin alsdann auch den Betrag zu ersetzen haben, den diese nachweisbar über den Betrag des für Kassenleistungen vereinbarten Honorars hinaus möglicherweise an Dr. Fr. wird zahlen müssen. Zur Zeit fehlt es an diesem Nachweis. Die ganze Sachlage und der Akteninhalt geben nicht den geringsten Anhalt für die Annahme,

daß Dr. Fr. berechtigt ist, für die im Auftrag der Klägerin fortgesetzte Behandlung des verletzten W. der Klägerin höhere als die für Kassenleistungen vereinbarten und auch für die ersten dreizehn Wochen berechneten Honorarsätze in Rechnung zu stellen. Der Umstand, daß die Klägerin einen Ersatzanspruch gegen die Beklagte hat, ist für das Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und dem Arzte hinsichtlich der von diesem im Auftrag der Klägerin fortgesetzten Heilbehandlung, soweit erkennbar, ohne Bedeutung. Die Akten ergeben insbesondere nicht, daß etwa zwischen der Klägerin und Dr. Fr. für Fälle der vorliegenden Art besondere Honorarvereinbarungen bestanden.

Hiernach beruht das angefochtene Urteil des Oberversicherungsamts, durch das die Beklagte zum Ersatze des gesamten von Dr. Fr. berechneten, die mit der Klägerin für Kassenleistungen vereinbarten Sätze unstreitig übersteigenden Honorars von 280,75 M. verurteilt worden ist, auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes (§ 1697 der Reichsversicherungsordnung). Das Urteil war daher auf die Revision der Beklagten aufzuheben und zugleich die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuverweisen. Nach den dargelegten Grundsätzen ist der Ersatzanspruch der Klägerin zur Zeit nur insoweit begründet, als der Honoraranspruch des Dr. Fr. die Sätze nicht überschreitet, die die Klägerin zu zahlen haben würde, wenn die Behandlung des W. ohne den Auftrag der Beklagten an die Klägerin von Dr. Fr. für Rechnung der Klägerin im Rahmen der dieser obliegenden Kassenleistungen fortgesetzt worden wäre. Das Oberversicherungsamt wird die Höhe dieses Betrags festzustellen und diesen seiner neuen Entscheidung zugrunde zu legen haben, sofern nicht die im § 1503 der R.V.O. bezeichneten Beträge höher sind, oder aber die Klägerin in dem neuen Verfahren nachweist, daß sie zur Bezahlung eines die für die Behandlung von Kassenmitgliedern vereinbarten Sätze übersteigenden Honorars an Dr. Fr. verpflichtet ist.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 9.)

Eine vom Arzte angeordnete und überwachte mediko-mechanische Behandlung stellt eine ärztliche Behandlung und nicht ein Heilmittel im Sinne des § 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung dar. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 31. Mai 1915.

Die Annahme des Oberversicherungsamts, daß die beklagte Krankenkasse im vorliegenden Falle zur Gewährung der mediko-mechanischen Behandlung verpflichtet sei, läßt keinen Rechtsirrtum erkennen. Der Auffassung des Vorstandes der beklagten Kasse, daß eine mediko-mechanische Behandlung ein Heilmittel darstelle, zu dessen Gewährung sie nur nach Maßgabe ihrer Satzung (§ 20 Abs. 1 Ziffer 1b) verpflichtet sei (zu vergleichen § 182 Nr. 1, § 193 der Reichsversicherungsordnung), kann nicht beigetreten werden. Allerdings war die Frage unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes zweifelhaft. Die überwiegende Meinung in Literatur und Rechtsprechung rechnete die mediko-mechanische Behandlung den Heilmitteln zu, weil die persönliche Tätigkeit des Arztes dabei fast ganz in den Hintergrund trete; diese Auffassung kann aber nach der Reichsversicherungsordnung nicht mehr aufrecht erhalten werden. Nach § 122 der Reichsversicherungsordnung umfaßt die ärztliche Behandlung auch die „Hilfe"-leistungen anderer Personen, wie Bader — Heilgehilfen — Masseure und dergleichen dann, wenn der Arzt sie anordnet. Im vorliegenden Falle hat der Arzt die Anwendung der mediko-mechanischen Behandlung angeordnet, auch hat er ihren Erfolg fortlaufend überwacht und sogar bei der Einlegung des verletzten Gliedes in den Apparat persönlich mitgewirkt. Es liegt hier also jedenfalls eine auf Grund ärztlicher Anordnung erfolgte und auch vom Arzt dauernd überwachte Hilfeleistung vor, die nach § 122 a. a. O. als ärztliche Behandlung anzusehen ist und zu deren Gewährung auf die Dauer von 26 Wochen die beklagte Kasse nach § 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung verpflichtet ist. Daß im übrigen durch die Verpflichtung der Krankenkassen, eine mediko-mechanische Behandlung, falls sie vom Arzte angeordnet und ihr Ergebnis vom Arzte überwacht wird, als ärztliche Behandlung und nicht mehr als Heilmittel zu gewähren, die Volksgesundheit wesentlich gefördert wird, kann bei der steigenden Bedeutung dieser Heilungsart wohl nicht bezweifelt werden.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 8.)

Berechtigung der Krankenkassen zur Bezahlung der zwecks Einleitung eines Heilverfahrens ausgestellten ärztlichen Zeugnisse. Beschluß des Reichs-Versicherungsamts (großen Senats) vom 5. Juni 1915.

Die Mittel der Kasse dürfen nach § 363 der Reichs-Versicherungsordnung zur Tragung der Kosten ärztlicher Zeugnisse verwendet werden, die Kassenmitglieder für ein von der Versicherungsanstalt nach § 1269 ff. der R.V.O. einzuleitendes Heilverfahren aufgewendet haben.

In der Beschwerdesache der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Stadtkreises Guben gegen die Entscheidung des Königl. Oberversicherungsamts in Frankfurt a. O. vom 10. Februar 1915 wegen Tragung von Kosten für ärztliche Atteste von Kassenmitgliedern, die einen Antrag auf Heilanstaltsbehandlung bei der Landesversicherungsanstalt stellen, hat das R.V.A. wie folgt entschieden:

Die Entscheidung des Königl. Oberversicherungsamts Frankfurt a. O. vom 10. Februar 1915 und die Anordnung des städtischen Versicherungsamts in Guben vom 7. Dezember 1914 werden aufgehoben.

Gründe: Nach dem Vertrage zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Stadtkreises Guben und der dortigen Aerztevereinigung sollen die Kosten der ärztlichen Zeugnisse für diejenigen Kassenmitglieder, die lungenkrank sind und einen Antrag auf Heilanstaltsbehandlung bei der Landesversicherungsanstalt stellen wollen, im Betrage von je 5 M. von der Kasse bezahlt werden. Das Städtische Versicherungsamt Guben hat die Zulässigkeit der Uebernahme dieser Kosten durch die Kasse beanstandet, weil es sich um Ausgaben handele, zu denen die Kasse weder nach dem Gesetz (§ 363 der R.V.O.), noch nach der Satzung ermächtigt sei. Es hat daher mit Verfügung vom 7. Dezember 1914 die Bezahlung dieser Kosten durch die Kasse untersagt. Die Beschwerde gegen diese Anordnung hat die Beschlußkammer des Königl. Oberversicherungsamts Frankfurt a. O. mit Entscheidung vom 10. Februar 1915 als unbegründet zurückgewiesen. Auch nach Ansicht des Oberversicherungsamts ist die Verwendung von Kassenmitteln für den angegebenen Zweck unzulässig, weil derartige Aufwendungen weder zu den satzungsmäßigen Leistungen noch zu den allgemeinen Zwecken der Krankheitsverhütung im Sinne des § 363 Abs. 1 der R.V.O. gehörten. Gegen diese Entscheidung hat der Kassenvorstand rechtzeitig weitere Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt. Es handelt sich nach Ansicht der Kasse bei Uebernahme der fraglichen Kosten nicht um eine Vorbeugungsmaßregel zugunsten eines einzelnen Kassenmitgliedes, sondern um eine Fürsorge, die für einen größeren Teil erkrankter Kassenmitglieder und deren Familien von Bedeutung sei. Wegen der dadurch erleichterten Einleitung eines alsbaldigen Heilverfahrens mit größeren Heilungsaussichten für die Erkrankten trage diese Maßnahme auch dazu bei, die allgemeinen Aufwendungen der Kasse für Krankenhilfe zu verringern. Auf die Ausführungen in den Beschwerdeschriften der Kasse und die Entscheidungen des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts wird im übrigen Bezug genommen.

Die weitere Beschwerde ist zulässig (§ 1797 der R.V.O.) und auch begründet.

Nach § 363 Abs. 1 der R.V.O. dürfen die Mittel der Kasse insbesondere verwendet werden zu den satzungsmäßigen Leistungen und für allgemeine Zecke der Krankheitsverhütung. Um eine satzungsmäßige Leistung handelt es sich bei Uebernahme der Kosten für die in Rede stehenden ärztlichen Zeugnisse nicht. Denn wenn diese Aufwendungen auch erkrankten Kassenmitgliedern zugute kommen sollen, so fallen sie doch nicht unter die im Zweiten Buche der R.V.O vorgeschriebenen Leistungen oder die dort für zulässig erklärten Mehrleistungen der Krankenkassen an Krankenhilfe (zu vergleichen § 179 der R.V.O.). Fraglich kann aber sein, ob die hierfür verwendeten Mittel zu den „allgemeinen Zwecken der Krankheitsverhütung" zu rechnen sind. Der Senat hat dies angenommen.

Dem § 29 Abs. 2 des Krankversicherungsgesetzes, an den sich § 363 der R.V.O. anlehnt, war eine Verwendung der Kassenmittel für Zwecke der Krankheitsverhütung fremd. Der Entwurf der R.V.O. wollte die Zwecke, für welche die Mittel der Kassen aufgewendet werden dürfen, erweitern, insbesondere Maßnahmen allgemeiner Art für die Gesamtheit der Kassenmitglieder, die das Entstehen oder Ausbreiten von Krankheiten unter ihnen verhüten könnten, für zulässig erklären (Begründung Seite 211). § 372 des Entwurfs (§ 363 der R.V.O.) ließ demgemäß die Verwendung der Mittel der Kasse auch für „allgemeine Schutzmaßregeln gegen Erkrankung der Mitglieder" zu. An die Stelle dieser

Worte ist zufolge des in der Kommissionsberatung gestellten Antrags Nr. 224 die jetzige Fassung des § 363 a. a. O. getreten, wonach die Kassenmittel „für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung" verwendet werden dürfen. Die Erörterungen zu diesem Antrag (zu vergleichen Seite 263, 264 des Kommissionsberichts 2. Teil) lassen erkennen, daß der Antrag keine Einschränkung, sondern eine Erweiterung des Verwendungszwecks der Kassenmittel verfolgte. Es sollte den Kassen die Befugnis gegeben werden, über die durch Gesetz oder Satzung vorgeschriebenen Leistungen für den einzelnen Erkrankten hinaus vorbeugende Maßnahmen zugunsten der Gesamtheit oder eines größeren Teiles der Kassenmitglieder zu treffen. Den Gegensatz zu den „allgemeinen" Maßnahmen bilden also „besondere" Maßnahmen, die lediglich einem einzelnen Kassenmitglied, nicht auch einem größeren Kreise der Mitglieder förderlich sind (zu vergleichen auch Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anmerkung 1 d am Ende zu § 363 der R.V.O.). Als eine solche Maßnahme war die von der Kasse vorgesehene Fürsorge gedacht. Die Kosten der ärztlichen Zeugnisse sollen nicht bloß in einem bestimmten Einzelfalle, sondern grundsätzlich bei allen erkrankten Versicherten übernommen werden, die nach ärztlicher Untersuchung Heilanstaltspflege wegen Lungentuberkulose beantragen. Eine allgemeine Wirkung in diesem Sinne wird auch tatsächlich von dieser Maßnahme erzielt werden. Denn die den lungenkranken Mitgliedern gewährte Vergünstigung käme bei der weiten Verbreitung von Lungenkrankheiten in den Kreisen der Versicherten erfahrungsgemäß einem größeren Kreise der Kassenmitglieder zugute.

Derartige allgemeine Maßnahmen sollen nach § 363 a. a. O. zulässig sein, wenn sie der „Krankheitsverhütung" dienen. Begrifflich fallen hierunter alle Maßregeln, die geeignet sind, die Gesundheit der Kassenmitglieder mittelbar oder unmittelbar zu fördern. Indessen soll die Zulässigkeit der Verwendung von Mitteln der Kasse, nach den Ausführungen der Begründung auf Seite 211 und eines Regierungsvertreters bei der Kommissionsberatung (Kommissionsbericht 2. Teil Seite 264), in einer bestimmten Richtung beschränkt bleiben. Die Kassen sollen nämlich vorbeugende Maßnahmen, die nur die mögliche Entstehung künftiger Krankheiten bei noch nicht erkrankten Personen verhindern sollen, nicht übernehmen. Denn sie würden dadurch in eine Sphäre übergreifen, die nach dem Gesetze (zu vergleichen § 1269 ff. der R.V.O.) den Versicherungsanstalten vorbehalten ist. Dagegen sollte die Fürsorge der Krankenkassen für den einzelnen erkrankten Versicherten (z. B. bei Unterbringung in einer Lungenheilanstalt), wie bisher, auch nach der R.V.O. nicht beschränkt werden. Hiernach ist die Kasse unbedenklich berechtigt, die Kosten der ärztlichen Zeugnisse für Kassenmitglieder, die den Antrag auf Heilanstaltspflege bei einer Versicherungsanstalt stellen wollen, zu übernehmen. Denn ein solches Zeugnis gibt der Krankenkasse erst Aufschluß darüber, ob und wie weit bereits Krankheitszustände bestehen, die die Einleitung eines Heilverfahrens geboten erscheinen lassen. Das ärztliche Zeugnis ermöglicht also der Krankenkasse erst diejenigen Fälle zu ermitteln, in denen sie selbst ein Interesse an alsbaldiger Einleitung eines Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalt hat, weil eine Krankheitsanlage, die sich möglicherweise später zu einer von der Kasse zu entschädigenden Krankheit entwickelt, bereits vorhanden ist. Insofern dient die Uebernahme der Kosten der ärztlichen Zeugnisse auch dem allgemeinen Zwecke der Krankheitsverhütung im Sinne des § 363 Absatz 1 der R.V.O., ohne daß die Krankenkasse dabei in das Tätigkeitsgebiet der Versicherungsanstalten übergreift. In vielen Fällen werden sich namentlich minderbemittelte Versicherte wegen der Kosten für die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses scheuen, einen Heilverfahrensantrag überhaupt oder doch möglichst zeitig zu stellen. Eine Beseitigung derartiger Hemmungen durch die Kasse liegt zweifellos im Interesse vieler Kassenmitglieder und im Endergebnis auch im geldlichen Interesse der Kasse selbst. Demgemäß ist die von der Kasse in dem Arztvertrage übernommene Kostentragung nach § 363 der R.V.O. nicht zu beanstanden, und war der Beschwerde unter Aufhebung der Vorentscheidungen, wie geschehen, stattzugeben.

Den Krankenkassen eröffnet sich hiernach die Möglichkeit, in weiterem Umfange als bisher auch ihrerseits bei der Bekämpfung der Tuberkulose mitzuwirken.

(Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1915, Nr. 9.)

Eine Satzungsbestimmung, wonach die Mehrleistungen nur dann und so lange gewährt werden, als das Kassenmitglied und seine Angehörigen den Anordnungen des Arztes oder des Kassenvorstandes Folge leisten und den Arzt nicht ohne genügende Veranlassung in Anspruch nehmen, ist unzulässig. Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 17. April 1915.

Die Satzung der Betriebskrankenkasse des Wasserbauamts St. enthielt im § 7 Ziffer 5 folgende Bestimmung: „Der Vorstand kann gegen Mitglieder, die der Krankenordnung oder den Anordnungen des Arztes zuwiderhandeln, eine Strafe bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden einzelnen Uebertretungsfall festsetzen und außerdem die Kassenleistungen bis auf die Regelleistungen entziehen.“ Nachdem bei einer anderen Kasse eine gleichlautende Satzungsbestimmung hinsichtlich ihres letzten Teiles durch Entscheidung des Beschlußsenats des Reichsversicherungsamts, Abteilung für Kranken-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung, vom 20. Dezember 1913 für ungültig erklärt worden war, beschloß die Kasse, in der Satzung an der bezeichneten Stelle die Worte „und außerdem die Kassenleistungen bis auf die Regelleistungen entziehen“ zu streichen und in die Satzung als § 14a folgende Bestimmung aufzunehmen: „Die über die gesetzlichen Regelleistungen hinausgehenden freiwilligen Leistungen werden in dem einzelnen Krankheitsfalle nur dann und so lange gewährt, als das Kassenmitglied und seine Angehörigen der Krankenordnung, den Anordnungen des Arztes oder des Kassenvorstandes Folge leisten und den Arzt nicht wiederholt ohne genügende Veranlassung in Anspruch nehmen.“ Die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts hat im wesentlichen im Hinblick auf die vorbezeichnete Entscheidung des Reichsversicherungsamts die Genehmigung des § 14a der Satzung versagt. Gegen diese Entscheidung hat der Vorstand der Kasse Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt. Er glaubt, daß die Genehmigung der Satzungsbestimmung zu Unrecht versagt sei, weil die Kasse die Voraussetzungen, unter denen sie Mehrleistungen gewähren wolle, selbständig regeln dürfe.

Die Kasse will nicht mehr durch die Satzung gewisse Verfehlungen der Kassenmitglieder sowohl durch Bestrafung wie durch Verlust der Mehrleistungen ahnden. Die Mehrleistungen will sie aber nur so lange gewähren, als die im § 14a der Satzung aufgestellten Voraussetzungen gegeben sind. Richtig ist, daß die Kassen bei Einführung von Mehrleistungen im allgemeinen nach freiem Ermessen verfahren können. Aber nicht unbeschränkt. Ihr Ermessen findet seine Grenze in den Vorschriften des Gesetzes. Gegen die vorliegend beabsichtigte Regelung der Mehrleistungen ergeben sich Bedenken aus der Vorschrift des § 529 der Reichsversicherungsordnung. Soweit durch die Satzungsbestimmung Rechtsnachteile für den Fall vorgesehen sind, daß das Kassenmitglied und seine Angehörigen der Krankenordnung oder den Anordnungen des Arztes zuwiderhandeln, ist ein Tatbestand gegeben, der in den Rahmen der bezeichneten Vorschrift der Reichsversicherungsordnung fällt. Das Reichsversicherungsamt hat bereits ausgesprochen, daß es der Kasse nicht gestattet ist, im Wege des Ordnungsstrafrechts noch andere Rechtsnachteile für die im § 529 der Reichsversicherungsordnung mit Strafe bedrohten Verfehlungen eintreten zu lassen. Die Rechtsnachteile sind dort erschöpfend geregelt. Eine Verfehlung gegen die bezeichnete Vorschrift kann daher den Verlust von Kassenleistungen nicht zur Folge haben. Daraus ergibt sich die Unzulässigkeit der hier streitigen Satzungsbestimmung, soweit sie in der Versagung der Mehrleistungen an den Tatbestand des § 529 der Reichsversicherungsordnung anknüpft. Hiervon würde auch ein etwaiges Zuwiderhandeln der Angehörigen des Kassenmitglieds gegen die Krankenordnung betroffen, das an sich in den Rahmen des § 529 der Reichsversicherungsordnung fallen würde, aber straffrei gelassen ist. Die weiteren Voraussetzungen, von denen § 14a der Satzung die Gewährung der Mehrleistungen abhängig macht, sind ebenfalls unzulässig. Schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes wurde angenommen, daß sich der Anspruch auf die Mehrleistung als ein festbestimmter Rechtsanspruch darstellen müsse, für dessen Bestand nur zuverlässig feststellbare (objektive) Voraussetzungen aufgestellt werden durften (zu vergleichen Entscheidung des Königlich Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 4. Mai 1908). Damit sollte jeder ungleichmäßigen Behandlung der Kassenmitglieder

vorgebeugt werden. Aus diesem Grunde wurde es auch für unzulässig erachtet, die Gewährung der Mehrleistungen dem Ermessen der Kassenorgane im Einzelfalle vorzubehalten (Entscheidung des Königlich Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 30. Mai 1904). An diesen Grundsätzen muß für das Recht der Reichsversicherungsordnung festgehalten werden. An der genügenden Bestimmtheit der Voraussetzungen fehlt es auch vorliegend. Die Fassung des § 14a ist in ihrem letzten Teile zu unbestimmt, um ein festes, dem freien Ermessen der Kassenleitung entzogenes Erfordernis für den Wegfall der Leistung zu schaffen. Das Oberversicherungsamt hat daher die Genehmigung der Satzungsbestimmung zu Recht versagt. Hiernach war die Beschwerde zurückzuweisen.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 7.)

Eine Satzungsbestimmung, wonach die Kasse Zahnplomben nur dann bezahlt, wenn vorher der Vorstand die Zustimmung erteilt hat, ist unzulässig. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 30. April 1915.

Die allgemeine Ortskrankenkasse für den Landkreis St. hatte dem zuständigen Oberversicherungsamt einen Satzungsantrag eingereicht, in dem unter anderen die Bestimmung vorgesehen war:

„Künstliche Gebisse und Einzelzahnersatz werden nicht gewährt. Es bleibt den Vorstand überlassen, innerhalb der Grenzen des § 19 Abs. 1 einen Zuschuß zu gewähren. Zahnplomben bezahlt die Kasse nur dann, wenn vorher der Vorstand die Zustimmung erteilt hat. Diese ist abhängig von einer ärztlichen Bescheinigung, daß das Plombieren zur Beseitigung einer Störung des Gesundheitszustandes und nicht bloß zur Abstellung eines Schönheitsfehlers erforderlich ist."

Diesen Zusatz hat das Oberversicherungsamt die Genehmigung mit Recht versagt. Wenn auch hin und wieder Plomben gewünscht werden, um Schönheitsfehler zu beseitigen, so erscheint die Ergänzung der Satzung doch nicht zulässig. Die Kasse will offenbar selbst nicht bestreiten, daß in anderen Fällen auch Plomben lediglich zur Beseitigung eines krankhaften Zustandes benötigt werden; es handelt sich dann aber um ärztliche Hilfe. Als Heilmittel können solche Plomben um deswillen nicht angesehen werden, weil das Wesentliche beim Legen von Plomben die persönliche Tätigkeit des Arztes ist, gegen welche das sächliche Mittel der Plomben zurücktritt. Aerztliche Behandlung hat aber die Kasse ohne Einschränkung zu gewähren; sie darf nicht von der Zustimmung des Kassenvorstandes abhängig gemacht werden. Diese Auffassung widerspricht auch nicht des in der Beschwerde herangezogenen Königl. Preußischen Min.-Erl. vom 14. April 1915, da dort wohl nur an die Stellungnahme des Vorstandes zu der Gewährung von Plomben in Einzelfällen, nicht aber an eine allgemeine Regelung dieser Frage durch die Satzung gedacht ist. Hiernach war die Satzungsänderung in dieser allgemeinen Form unzulässig, unbedenklich würde dagegen eine Bestimmung sein, die nur die Gewährung solcher Plomben, die lediglich zur Behebung von Schönheitsfehlern dienen, von der vorherigen Zustimmung des Vorstandes abhängig macht.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 7.)

Zur „Familie" im Sinne des § 1260 der Reichs-Versicherungsordnung gehören außer dem Ehemanne nur die Kinder unter 15 Jahren. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 13. Februar 1915.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 9.)

Die Unterbringung in Familienpflege steht der Unterbringung in einer Anstalt im Sinne des § 1506 der Reichsversicherungsordnung nicht gleich. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 20. März 1915.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 9.)

Der Pauschbetrag für Krankenpflege nach § 1508 der Reichsversicherungsordnung kann in jedem Falle auch für Sonn- und Feiertage verlangt werden, ohne Rücksicht darauf, ob bei Festsetzung des Grundlohns die Sonn- und Feiertage als Arbeitstage in Betracht kommen. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 31. Mai 1915.
(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 9.)

Das Wochengeld auf Grund des § 3 Nr. 2 der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 ist wie das Wochengeld der Reichsversicherungsordnung (§ 195 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung) für 57 Tage zu gewähren. Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 20. September 1915.
(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 11.)

Sterbegeld nach § 205 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung ist auch bei Totgeburten zu zahlen, wenn die Satzung nichts Gegenteiliges bestimmt. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 16. August 1915.
(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1915, Nr. 9.)

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten

1. Pocken.

Ueber die Differentialdiagnose zwischen Variola und ihr ähnlichen Bläschenerkrankungen mittels des Kornealversuches. Von Dr. Hammerschmidt, Stellvertreter des Direktors der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien. Oesterreichisches Sanitätswesen; 1916, Nr. 5—8, S. 117—121.

Nachdem durch Guarnieri die Tatsache festgestellt war, daß das Virus der Variola ebenso wie das der Vakzine auf der Hornhaut des Kaninchens spezifische Veränderungen hervorruft, hat man in jüngster Zeit Untersuchungen angestellt, um diese Tatsache zu differentialdiagnostischen Zwecken zu verwerten. Insbesondere hat sich der Direktor der Wiener Impfanstalt, Reg.-Rat Dr. Paul, um die Klarstellung dieser Frage große Verdienste erworben; denn es ist ihm durch seine Untersuchungen gelungen, ein nicht sehr umständliches Verfahren zu entdecken, das eine sichere Diagnosestellung oft schon nach 36 Stunden, sicher aber nach 48 Stunden ermöglicht. Bei dem Verfahren wird das geimpfte Auge des Kaninchens nach dessen Tötung und 36 Stunden nach der Impfung enukleiert und mit Sublimatalkohol behandelt; es treten dann die durch Variola oder Vakzine verursachten und für diese eigentümlichen Herderkrankungen als scharf umschriebene, hellweiße Flecken oder Punkte auf der gleichmäßig grauen Hornhautoberfläche hervor, während alle anderen Hornhautinfektionen nur verschwommene graue Trübungen verursachen, die sich von den ersteren ohne Schwierigkeiten unterscheiden lassen. Diese Versuche sind besonders während der Wiener Pockenepidemie 1914/15 fortgesetzt und haben nach dem Bericht des Verfassers, abgesehen von ganz wenigen Fehldiagnosen im Anfange der Untersuchungen, wo noch die genügende Erfahrung in der Beurteilung des auf der Hornhaut des Kaninchens hervorgerufenen Krankheitsbildes fehlte, fast immer ein richtiges und sich mit der klinischen Diagnose deckendes Ergebnis gezeigt. Besonders bemerkenswert ist, daß sich das Verfahren auch in solchen Fällen bewährt hat, bei denen wegen der spärlichen und wenig ausgeprägten Efflorenszenzen klinisch nur der Verdacht auf eine leichte Form von Blattern oder ein solcher Verdacht überhaupt nicht angenommen war. Nach dem Ergebnis der Untersuchungen scheinen gerade die leichtesten Fälle von Blattern, also solche mit geringem Ausschlag, verhältnismäßig schwerere Veränderungen der Hornhaut hervorzurufen, die sich außerdem durch besonders reichliches Auftreten von Guarnierischer Körperchen auszeichnen. Jedenfalls ist die sachgemäß ausgeführte Hornhautreaktion berufen, bei der Entscheidung über unklare, blatternverdächtige Krankheitsfälle eine wichtige Rolle zu spielen. In Preußen ist das Verfahren für diesen Zweck bereits durch den Min.-Erl. vom 22. Februar d. J. (s. Beilage zu Nr. 6 dieser Zeitschrift, S. 28) nutzbar gemacht; bei Gelegenheit einer jetzt im

Bezirk des Referenten (Kreis Herford) ausgebrochenen Pockenepidemie hat es sich auch durchaus als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel bewährt. Rpd.

Die Bedeutung des Impfgesetzes für den gegenwärtigen Krieg. Von Geh. Reg.-Rat Dr. Breyer-Berlin. Mediz. Klinik; 1915, Nr. 49.

Gegenüber der großen Verbreitung der Pocken in dem von unseren Truppen besetzten Russisch-Polen (im Jahre 1911 betrug z. B. die Zahl der Erkrankungen 12202 mit 3538 Todesfällen)[1] ist es erfreulich, daß trotzdem das Deutsche Reich im Gegensatz zu Oesterreich, wo bekanntlich kein Impfzwang besteht, von den Pocken ebenso wie in den Friedensjahren verschont geblieben ist. Es sind in Deutschland in der Zeit vom 2. Aug. 1914 bis 31. Juli 1915 nur 140 Pockenfälle, darunter 17 bei Soldaten, festgestellt (also fast nur die Hälfte der Durchschnittsziffer in den Jahren 1909—1913, die 277 beträgt), gegenüber 9111 während des gleichen Zeitraums in Oesterreich (davon 1613 in Wien). Diese außerordentlich geringe Zahl der Pockenerkrankungen im Deutschen Reiche verdanken wir zweifellos dem Impfgesetz und der dadurch gesicherten allgemeinen Durchimpfung der Bevölkerung; es ist damit wieder ein schlagender Beweis für den großen Segen dieses so heftig von den Impfgegnern angegriffenen und bekämpften Gesetzes gegeben, der hoffentlich dazu beitragen wird, künftighin alle derartige Bestrebungen hinfällig zu machen. Rpd.

---

2. Typhus.

Mundtyphusbazillenträger. Von Dr. Eggebrecht. Feldärztliche Beilage Nr. II zur Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 11.

Die systematische Untersuchung der Sekrete des Mundes auf Typhus ergab folgendes überraschende Resultat: In 200 untersuchten Fällen fanden sich 9 mal Bazillen = 4,5 %, darunter solche, in deren Kot Bazillen nicht nachzuweisen waren. In einer Irrenanstalt ergaben sich unter 174 Personen 4,2 % als Typhus-Rachenbazillenträger. Vorbedingung ist, daß Mandel-, Rachen- und Zungenabstrich etwas energisch aufdrückend gemacht werden. (Referent schickte vor 10 Jahren den Abstrich eines an Angina erkrankten Russen zur Untersuchung an die bakteriologische Anstalt München und erhielt die Mitteilung: Typhusbazillen. Da der Mann alsbald gesundete, dachte Referent an einer Fehldiagnose der Untersuchungsarbeit, bekennt aber jetzt reuig seinen Irrtum.) Dr. Graßl-Kempten.

---

3. Ruhr.

Ueber die Serumbehandlung der Ruhr. Von k. u. k. Stabsarzt Dr S. Scharf, Spitalskommandant, Dr. Helene Sokolowska, freiwillige Aerztin, und Dr. Marian Gieszczykiewicz, Assistenzarzt d. Res. Aus dem k. u. k. Epidemiespital Nr. 2 Krakau-Lobzow. Med. Klinik; 1916, Nr. 6.

Die Ausführungen schließen sich an frühere Mitteilungen (Med. Klinik; 1915, Nr. 43) über Erfolge bei der Serotherapie der Ruhr an. Von den im Jahre 1915 im Spital behandelten 305 Kranken sind nur 6 (1,96 %) gestorben, davon 3 mit Serum behandelte. Diese hatten Komplikationen, die durch das Ruhrserum nicht zu beeinflussen sind, so 1. Lungengangrän, 2. Mischinfektion von Ruhr mit Typhus, 3. Lungenentzündung. Daß die weitere Entfernung des Kriegsschauplatzes oder der „Genius epidemicus“ die Ursache des günstigen Krankheitsverlaufes waren, kann nicht behauptet werden; denn dann hätten auch andere Spitäler so günstige Erfahrungen machen müssen, was aber nicht der Fall war. Es bleibt also wohl nur der Einfluß des Serums. Außer Wiener Serum, das monovalent (gegen Shiga-Kruse) ist und keine Vorteile gegen das polyvalente von Bujwid besitzt, kam meist das von Bujwid zur Anwendung. Der im Jahre 1915 erzielte bessere Erfolg muß der erhöhten Dosierung zugeschrieben werden. Es wurden 202 Fälle mit Serum behandelt, die Dosis betrug 20—200 ccm, durchschnittlich 50 ccm bei jedem Kranken. Die Heilung erfolgte durchschnittlich in 2 Wochen. Unter diesen Fällen waren

---

[1]) Siehe auch die Abhandlung von Dr. Hillenberg in dieser Zeitschrift (Jahrg. 1915. Nr. 14): Hygienische Betrachtungen bei der Sanierung von L. usw., der in einem Dorfe 40 Pockenfälle unter der betreffenden Bevölkerung ermittelte.

84 Shiga-Kruse-Infektionen, 50 Flexner und Y-Fälle, 2 atypische Stämme, 5 wurden nicht näher identifiziert; in 58 klinischen Ruhrfällen verlief die bakteriologische Untersuchung negativ. Die Dosierung ist bei verschiedenen Autoren verschieden: Shiga wendet Dosen von 10—100 ccm in einzelnen Fällen an, Kraus 20—40, Kruse 10—20 (mit geringem Erfolg), Rosenthal 20—60, Vaillard und Dopter 20 bei leichten und 40—60 bei schweren Fällen, Jochmann 80—100, Ruffer und Willmore, je nach der Schwere der Infektion 40—320 ccm. Zu kleine Dosen helfen nicht, man muß stärkere Dosen und diese erforderlichenfalls wiederholt anwenden. Die toxischen Erscheinungen, meist in Form eines Serumexanthems (geringes Jucken) sind bei kleinen und großen Dosen gleich. Seltener sind Gelenkschwellungen; Anaphylaxie kam nicht zur Beobachtung. Wiederholte Serumgaben können nur nach längeren Zeitintervallen gefährlich werden.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

4. Diphtherie.

Bemerkungen zur Serumtherapie der Diphtherie. Von Prof. Dr. F. Reiche-Hamburg, Oberarzt am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbeck. Med. Klinik; 1916, Nr. 7.

Seit 1909 hat die Diphtherie in Hamburg wieder stark zugenommen; in dem voraufgegangenen $1^1/_2$ Jahrzehnt stellte sich die Erkrankungsziffer durchschnittlich auf 1403 Fälle, 1909—14 im Durchschnitt auf 4384, 1911 allein auf 5839. Mit der numerischen Zunahme ging auch eine Steigerung der Intensität der Erkrankungen einher. Unter etwa 1000 Sektionen (von 1909—13) zeigte sich 28 mal der Magen mitergriffen, 11 mal fanden sich im Oesophagus mehr weniger ausgedehnte pseudomembranöse Veränderungen mit Löffler-Bazillen, je 2 mal waren Duodenum und Dünndarm, viermal das Rectum befallen. Unter 7314 Erkrankungsfällen der Jahre 1909—13 war 1421 mal (= 19,4 %) die Nase und 863 mal (= 11,8 %) der Kehlkopf infiziert; 96 mal (= 1,3 %) waren Pseudomembranen auf Zunge und Lippen; 51 mal (= 0,7 %) gelangte diphtherische Conjunctivitis zur Beobachtung. Unter 886 Verstorbenen fand sich 175 mal (= 19,8 %), davon bei 802 Fällen unter 15 Jahren, 173 mal (= 21,6 %) hämorrhagische Diathese; 2 Kranke mit dieser Komplikation kamen zur Genesung. Auch die Sterblichkeit stieg in den genannten Jahren von 8,8 auf 10,3 %. Der Rückgang der Sterblichkeit seit 1895 kann nicht mehr ausschließlich der Serumbehandlung zugeschrieben werden. Hier ergibt sich die Frage nach der Serumwirkung überhaupt; zur Beurteilung eignet sich besonders das Diphtheriematerial der Erwachsenen, das keineswegs sehr gering ist; denn 25,3 % aller Gemeldeten betrafen Personen über 15 Jahre. Es wird betont, daß nahezu die Hälfte aller gemeldeten Diphtherieerkrankungen dem Krankenhaus zugeführt wurde, darunter befanden sich 55,4 % frühe Fälle. Dies ist für die Bewertung der Serumbehandlung von großer Bedeutung; man weiß, und das wurde auch hier wieder festgestellt, daß die frühen Fälle eine sehr erheblich günstigere Sterblichkeit aufweisen, als die später Injizierten, bei denen die Sterblichkeit mit jedem weiteren Erkrankungstage schnell zunimmt. Das beruht aber nicht auf der Serumwirkung, sondern vielmehr darauf, daß die Mischung der Erkrankten nach der Seite der schweren und komplizierten Verlaufsbilder und damit die Sterblichkeit eine dauernd mit jedem neuen Tag unglücklichere wird. Die Kritik über die Bedeutung der Serumbehandlung muß bei der Beurteilung der klinischen Erfolge geschärft werden. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

5. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Vorübergehende positive Wassermannreaktion bei Leistendrüsenentzündungen und nicht syphilitischen Ulzerationen. Von Dr. G. Stümpke. Aus dem Dermatologischen Krankenhause II, Hannover-Linden (dir. Arzt Dr. med. G. Stümpke). Med. Klinik; 1916, Nr. 6.

In der Literatur sind wiederholt Fälle von Geschwüren nicht syphilitischer Natur an den Genitalien niedergelegt, bei denen vorübergehend die Wassermannreaktion positiv befunden worden war. Zu dieser Frage bringt nun St. zwei neue Beobachtungen. Im ersten Fall handelt es sich um einen 24jährigen Arbeiter, der mit Gonorrhoe und einem Bubo in der Leistengegend

in Behandlung kam. Die Gonorrhoe heilte bald aus, der Bubo wurde größer und mußte gespalten werden. Im Inhalt fanden sich mikroskopisch und kulturell keine Bakterien. Bei der Aufnahme war die Wassermann-Reaktion negativ, wurde dann in 3 Wochen positiv, um später wieder ein negatives Ergebnis zu liefern. Es sei noch bemerkt, daß sich kein Ulcus an den Genitalien feststellen ließ, daß auch die Angaben des Kranken nach dieser Richtung verneinend waren. Der zweite Fall betraf eine 20jährige Arbeiterin mit Gonorrhoe; bei dieser bildete sich im Verlaufe der Krankheit an den großen Labien je ein fingernagelgroßes Geschwür, in dessen Sekret sich keine Gonokokken, keine Spirochaeta pallida, keine Ducreyschen Bazillen, sondern massenhaft Spiroch. refringens fanden. In der Leiste geringe Drüsenschwellung. Bei der Aufnahme war die Wassermann-Reaktion negativ, nach dem Auftreten der Geschwüre wiederholt positiv und nach einiger Zeit absolut negativ. Die Ulcera heilten in 14 Tagen unter indifferenter Behandlung, ebenso die Drüsenschwellung. Das Auftreten der positiven Wassermann-Reaktion ist noch nicht eindeutig geklärt. Für die Praxis folgt aus diesen Befunden, daß man in solchen Fällen aus einer mehr weniger stark positiven Reaktion keine Syphilis diagnostizieren darf. Daß dabei über dem Zuwarten event. einige Zeit vergeht, ist nicht zu schwer zu nehmen, jedenfalls noch erträglicher als einem nicht syphilitischen Kranken für sein späteres Leben eine Syphilis mit auf den Weg zu geben. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

6. Kropf.

Weitere Unternehmungen über den endemischen Kropf mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens im Königreich Bayern. Von Dr. W. Weichardt und Dr. M. Wolff. Münchener medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 9.

Schlittenhelm und Weichardt haben vor einigen Jahren Untersuchungen über endemischen Kropf in Bayern vorgenommen (Berlin, Julius Springer 1912 und Münchener med. Wochenschrift 1912, Nr. 48). Es stellte sich heraus, daß das Vorkommen des Kropfes durchaus nicht an eine besondere geologische Formation gebunden war; im Gegenteil, es zeigte sich, daß der endemische Kropf in Gegenden, die über ausgesprochenes Urgestein, wie den bayerischen Wald, liegen, außerordentlich verbreitet ist, während andere Gebiete, deren geologische Formation Kropfvorkommen begünstigen sollte, auffallend kropfarm waren. Es zeigte sich ferner, daß in Kropfgegenden eine ganz besondere Durchseuchung der Jugend und der Kinder beobachtet wird (auch vom Referenten im Allgäu beobachtet), daß der Prozentsatz der kropfigen Schulkinder größer ist als der der Erwachsenen. Die Verfasser wiesen auf die gleiche Erscheinung bei Malaria hin, bei der die Durchseuchung der Jugend ein Schutz für die Erwachsenen ist. — Als Ursache des Kropfes nehmen die beiden Verfasser einen Erreger an (auch v. Kutschera in Innsbruck nimmt eine Ansteckung an. Ref.). — Die Untersuchungen des Wassers aus Kropfgegenden, die die beiden Verfasser vornahmen, ließ nichts auffinden, was auf eine chemische Ursache des Kropfes schließen ließe. Die Bodentheorie ist also zu verlassen. (Ich benutze diese Gelegenheit, um auf einen inneren Zusammenhang zwischen Kropf und Stillhäufigkeit im reziproken Sinne auch hier hinzuweisen). Dr. Graßl-Kempten.

---

7. Sonstige Krankheiten.

Durch Bakterium coli commune verseuchte Trinkwasserbrunnen als Ursache von Broncho-Pneumonien. Von Dr. F. Windrath, Chefarzt. (Aus der Auguste-Viktoria-Knappschaftsheilstätte Beringhausen bei Meschede.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 4.)

In der Zeit von Ende Mai bis Mitte Juni 1915 erkrankten von 13 Bewohnern einer Ortschaft 8 an Broncho-Pneumonie. 10—14 Tage vor Ausbruch dieser Erkrankung hatten die Erkrankten an Magen-Darmstörungen, Durchfällen, Abgeschlagenheit und Appetitlosigkeit gelitten. Ihr Trinkwasser entnahmen diese Leute Flach- und Kesselbrunnen, die hygienisch schlecht beschaffen waren; das Wasser war um so schlechter, als 5 Wochen lang kein Regen gefallen war und schon öfter zu Zeiten der Dürre das Wasser eine schlechte

Beschaffenheit gezeigt und Magendarmstörungen veranlaßt hatte. In dem Auswurf der Kranken fanden sich neben Pneumokokken Stäbchen von dem Aussehen und dem färberischen Verhalten der Colibazillen; als solche erwiesen sie sich auch auf dem Differential-Nährböden; ebenso fanden sich sehr reichlich Colibazillen in dem Brunnenwasser. Der Chlorgehalt usw. deutete ebenfalls auf Verunreinigung des Trinkwassers von den nahegelegenen Düngestätten her; die Bestandteile gelangten bei der grobporigen Beschaffenheit des Bodens ziemlich ungehindert in die Brunnen. Nach Schließung der Brunnen hörten die Erkrankungen auf. Die aus dem Sputum und dem Trinkwasser gezüchteten Colistämme erwiesen sich als tierpathogen und zwar die ersteren stärker. Die Pathogenität der letzteren ließ sich durch Züchtung auf Jaucheagar steigern. Es ist anzunehmen, daß die Colibazillen bei den längere Zeit bestehenden Darmerkrankungen auf dem Lymph- und Blutwege in die Lungen gelangt sind; jedoch ist es nicht wahrscheinlich, daß der Coli allein der Erreger der Lungenentzündung gewesen ist, da ja auch Pneumokokken im Sputum enthalten waren. Es handelt sich wahrscheinlich hier um eine Mischinfektion. Die Literatur über Coliinfektion vom Darm aus ist in der Originalarbeit nachzulesen. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Zu den Infektionen mit fusiformen Bakterien. Von Prof. A. Ghon und Assistent B. Roman. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Deutschen Universität in Prag.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 7.

Die fusiformen Bakterien, die von dem Krankheitsbilde der Angina Vincenti her bekannt sind, finden sich auch sonst, vor allem bei gangränösen Prozessen. Da sie aber meist in Mischinfektionen vorkommen und schwer züchtbar sind, ist die Kenntnis ihrer Bedeutung noch gering. Jedenfalls gibt es verschiedene Arten. In der Literatur der letzten Jahre ist ihr Vorkommen bei pyaemischen Prozessen und zwar auch als alleiniger Bakterienbefund beschrieben. Die Verfasser hatten 1914 in 2 Fällen Gelegenheit, bestimmte fusiforme Bakterien und zwar in Reinkultur nachzuweisen. Der Ausgang der Infektion ist in beiden Fällen im Darm zu suchen; daran hatten sich zahlreiche Leberabzesse angeschlossen. Es fanden sich nur die Gramnegativen fadenförmigen Bakterien in ihrer unverkennbaren Peitschen- und Kravattenform. Sie konnten auch auf serumhaltigen Nährböden unter anaeroben Bedingungen gezüchtet werden. Es erscheint gerechtfertigt, den aufgefundenen Bakterien die ursächliche Rolle zuzuschreiben. Damit wäre dann auch, trotz des negativen Ausfalles der bisherigen Tierversuche, der Beweis der Pathogenität dieser Bakterien für den Menschen erbracht. Das im ersten Falle isolierte Bakterium konnte in 43 Generationen fortgezüchtet werden. Gasbildung wurde nicht beobachtet. Um die Kulturen lebensfähig zu erhalten, mußten sie besonders anfangs häufig übergeimpft werden. Klinisch ist von Bedeutung, daß in erster Linie der Darmtrakt die Eintrittspforte darstellt und daß es im Anschluß daran zu pylephlebitischen Abzessen in der Leber kommt.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Strassenhygiene.

Das Teerzementpflaster. Von F. Absolon-Oldenburg i. Gr. Städte-Zeitung; 1916, Nr. 16.

Der Verfasser bespricht die verschiedenen Arten der Straßenbefestigung in Städten, deren Wahl abhängig ist von der Lage, dem Untergrund, deren Längengefälle, der Verkehrsstärke usw. der betr. Straße und von den zur Verfügung stehenden Geldmitteln; ferner ist Rücksicht zu nehmen auf Gesundheit und Annehmlichkeit der Anwohner. Es kommen in Betracht: eingebaute Steinschlagbahnen, Kleinpflaster, Diagonalreihen-, Querreihenpflaster, Holzpflaster, Stampfasphaltbahnen, Betonbahnen und das Absolonsche Teerzementpflaster; letzteres empfiehlt sich für Straßen mit geringem und mittlerem Verkehr, für Höfe, für Fälle, wo geräuschloses Pflaster erwünscht ist, zur Ueberdeckung stärker befahrener alter städtischer Steinschlagbahnen, für Fußböden in Schlacht- und Viehhöfen etc., sowie in sehr engen Straßen mit hohen Häusern. Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Säuglingsfürsorge.

Die offene Säuglingsfürsorge im Krieg und Frieden. Von Dr. Kettner-Charlottenburg. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, H. 1—2.

Ein bedeutender und anhaltender Einfluß der im Sommer 1911 herrschenden großen Hitze auf die Erkrankung der Säuglinge an Magendarmerkrankungen kann nicht geleugnet werden. Die von den Fürsorgestellen dagegen ergriffenen Maßnahmen waren von durchschlagendem Erfolg und berechtigen zu den besten Hoffnungen für die Zukunft, der es hoffentlich vergönnt ist, noch vorhandene Lücken dieses stattlichen Baues auszufüllen. Auch im Jahre 1914 haben die Säuglingsfürsorgebestrebungen erneut ihre Probe bestanden. Im 3. Teil zeigt der Verfasser den Einfluß, den der Weltkrieg auf die Säuglinge ausgeübt hat, und die Maßnahmen, um die Schädigungen zu beheben. Die wichtigste Tatsache ist die Zunahme der Brusternährung. Dr. Wolf-Hanau.

---

3. Verkehr mit Arzneimitteln.

Pharmazeutische Rundschau. Von Dr. Max Winckel-München. Münchener med. Wochenschrift; 1915, Nr. 24.

Um die Unabhängigkeit des deutschen pharmazeutisch-chemischen Marktes vom feindlichen Ausland weitgehendst durchzusetzen, hat der Ausschuß der Spezialitäten- und Warenzeichenunternehmer des deutschen Apothekervereins einen Aufruf erlassen, der sich in erster Linie an die Aerzte richtet, nur Heilmittel deutscher Herkunft zu verordnen. Eine Liste zählt die deutschen Ersatzpräparate für ausländische Originalpräparate auf:

Bengué Balsam du Dr. Bengué	Balsam. Menthol. comp.
Bromidia Battle	Liq. Chlorali bromat.
Cascarine Leprince	Pilulae Cascar. sagr.
Extrait de Quinquiana Wattelet	Extr. Chinae liquid. oder Extr. Chinae fluid.
Fellows Sirup of Hypophosphites	Liq. Hypophosphit comp. sacch. Sirup. Hypophosphit comp.
Fer dialysé Bravais	Tinct. Ferri aromat.
Hémoglobine Deschiens granul	Pilulae Haemoglobini.
Laxarine Ferrial	Essent. Frangulae oder Elixir Frangulae.
Liquer du D. Laville	Pil. Colchicin. comp. oder Liquor Colchicini.
Menthosol	Vasoliment. Mentholi.
Morisons Pills	Pilulae laxantes.
Pastilles Laxatif Miraton	Pastilli Phenolphthaleini.
Peptonate de Fer du Dr. Jaillet Peptonate de Fer Robin	Liq. Ferri peptonati.
Pilulae Clin à la Lecithine	Pilul. Haemoglob. c. Lecithino.
Quina Laroche	Vinum Chinae oder Elixir Chinae.
Scotts Emulsion	Emuls. Ol. Jecoris Aselli comp.
Sirup de Chloral bromure du Dr. Dubois Sirup de Chloral de Follet	Liq. Chlorali bromat.
Sirup de phosphate de fer Leras	Liq. Calc. lactophosphor. c. Ferro et Mang. sacch.
Sirup Rami	Liq. Bromoform comp. sacch.
Vasogene	Vasolimenta.

Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Prof. Dr. Aug. Gärtner-Jena: Die Hygiene des Wassers. Gesundheitliche Bewertung, Schutz, Verbesserung und Untersuchung des Wassers. Ein Handbuch für Ingenieure, Wasserwerksleiter, Chemiker, Bakteriologen und Medizinalbeamte. Mit 93 Abbildungen und 11 Tafeln. Braunschweig 1915.

Verlag von Friedrich Vieweg u. Sohn. Gr. 8⁰; 952 S. Preis: 36 M., geb. 38 M.

Die Untersuchung des Wassers in chemischer und bakteriologischer Hinsicht ist, wie Verfasser in seinem Vorwort mit Recht betont, in den letzten Jahren vorzüglich durchgebildet, dagegen ist die Berücksichtigung der geologischen, örtlichen und sonstigen Verhältnisse und damit die richtige Bewertung des Wassers nach dieser Richtung hin zurückgeblieben. „Hier galt es demnach den Hebel anzusetzen". Wohl niemand war aber hierzu in allererster Linie befähigt, als gerade der Verfasser; stand ihm doch eine fast dreißigjährige Erfahrung zur Seite, die sich nicht nur über das durch seine geologischen Verhältnisse so wechselvoll geartete Thüringen — sein engeres Heimatland — erstreckte, sondern weit über dessen Grenzen hinausging. Das großzügig angelegte Werk trägt demzufolge nicht nur den neuesten Forschungen der Wissenschaft auf diesem Gebiete Rechnung, sondern jeder einzelne Abschnitt läßt den erfahrenen Praktiker erkennen, dem ein außerordentlich großes und von ihm in kritischer Weise gesichtetes Material zur Verfügung stand. Aus der Praxis heraus und für die Praxis geschrieben, das ist das Leitmotiv, das sich Verfasser bei Abfassung seines Handbuchs zugrunde gelegt hat und dem er in wirklich hervorragender Weise gerecht geworden ist. Er beginnt mit einer eingehenden Besprechung der Anforderungen an ein Trink- und Hausgebrauchswasser im allgemeinen und behandelt dann in gleicher erschöpfender Weise das Regenwasser und Eis, das Grund-, Quell-, Oberflächen-, See- und Stauseewasser. Es folgen hierauf die namentlich für die Medizinalbeamten sehr wichtigen Abschnitte über die Beurteilung der Wässer nach ihren örtlichen und sonstigen Verhältnissen, sowie nach ihrer physikalischen, chemischen und bakteriologischen Beschaffenheit, die sich durch eine besonders klare und alle Gesichtspunkte berücksichtigende Darstellung auszeichnen. Dasselbe gilt von den nächsten Abschnitten über die örtlichen Schutzmaßnahmen für die Wasserentnahmestellen, Schutzzonen, Fassungen, Wasserbehälter, Rohrleitungen, über Desinfektion von Brunnen und Wasserleitungen sowie über Filtration und Sterilisation; an die sich in zweckmäßiger Weise eine Zusammenstellung der geltenden einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften sowie der richterlichen Entscheidungen anschließt. Die letzten Abschnitte sind der Untersuchung des Wassers auf Mikroorganismen, dem Nachweis spezifischer Bakterien im Wasser und der chemischen Untersuchung gewidmet. Mit Recht sind hier nur die bewährtesten Verfahren aufgeführt; besonderer Wert muß auf die bei der Probeentnahme zu beachtenden Vorsichtsmaßregeln gelegt werden, deren erfahrungsgemäß sehr häufige Nichtbeachtung oft zu den größten Irrtümern Veranlassung gibt.

Verfasser will mit seinem Werke Techniker und Medizinalbeamte von der toten Zahl freimachen, sie zu einer klaren Beurteilung anregen und ihnen vor allem in weitem Maße zeigen, wie das Wasser vor Infektionen und Verschmutzungen, vor Beeinträchtigungen seiner wirtschaftlichen Brauchbarkeit behütet und ihm dadurch eine in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Hinsicht einwandfreie bezw. brauchbare Beschaffenheit gegeben werden kann. Er hat diese Aufgabe in wirklich vorzüglicher Weise gelöst, wofür ihm die beteiligten Kreise zu großem Danke verpflichtet sind. Sein Werk wird sicherlich allseitige Anerkennung und hoffentlich auch recht weite Verbreitung finden; dann wird es nicht bloß „einigen", sondern recht viel Nutzen für die Hygiene des Wassers bringen.

Dem Dank des Verfassers an die Verlagsbuchhandlung für die vorzügliche Ausstattung des Werkes, bei der weder Mühe und Kosten gescheut sind, kann sich Referent nur anschließen. Rpd.

Dr. Hartwig Klut, Mitglied der Kgl. Landesanstalt für Wasserhygiene zu Berlin-Dahlem: **Untersuchung des Wassers an Ort und Stelle.** Dritte umgearbeitete Auflage. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. Kl. 8⁰; 135 S. Preis geb. 4,60 M.

Ein uns seit langem lieb und unentbehrlich gewordenes Buch haben wir in dritter wesentlich erweiterter Auflage vor uns. Die den früheren Auflagen nachgerühmten guten Eigenschaften allgemeiner Art, die deutliche und klare Sprache, die leicht verständliche Darlegung chemischer Vorgänge und vor

allem die erschöpfenden Literaturangaben bis auf die neueste Zeit, sind auch bei dieser Auflage vorhanden. Bekanntlich bietet uns das Buch bei weitem mehr, als sein Titel besagt: Auch die Beurteilung der Wässer für die verschiedensten Zwecke wird neben den Untersuchungsmethoden klar, kurz und die neuesten Erfahrungen berücksichtigend vorgetragen. Diese neuen Erfahrungen haben nun eine Reihe von Aenderungen und Erweiterungen bedingt: Die Lehre von den Ionen hat eine praktische Anwendung bei der Wasseruntersuchung gefunden (vergl. das Kapitel über elektrische Leitfähigkeit). Die Lehre vom chemischen Gleichgewicht in ihrer neueren Form hat dazu geführt, eine „aggressive", d. h. Metalle und Mörtel zersetzende von einer nicht aggressiven Kohlensäure zu unterscheiden. — Auch die Methodik der Untersuchung hat sich etwas geändert. Die Anwendung flüssiger Reagenzien scheint sich für Untersuchung an Ort und Stelle gegenüber der Benutzung von Reagentien in Tablettenform siegreich behauptet zu haben. Verfasser selbst hat jetzt einen „Wasserkasten" für chemische und physikalische Wasseruntersuchungen an Ort und Stelle angegeben, der bei P. Altmann, Berlin N.W. erhältlich ist und an Handlichkeit nichts zu wünschen übrig läßt. (Preis 40 M.) — Es hat sich ferner, um nur das wesentlichste hervorzuheben, das Verfahren bei der Kohlensäure-Bestimmung geändert. — Die Herstellung der Reagentien hat Verfasser schon früher große Aufmerksamkeiten zugewendet und bringt uns auch jetzt darin die neuesten Erfahrungen. Ich erwähne nur die Darstellung der Jodzinkstärkelösung und ihre Anwendung sowie den Einfluß von Kochsalzgehalt des Wassers auf die Diphenylamin-Probe. — Ganz neu und höchst wichtig ist das Kapitel über „Metalle und Mörtelmaterial angreifende Wässer".

Die dritte Auflage von H. Kluts Buch kann zum Studium und zum täglichen Gebrauch warm empfohlen werden, zumal sie alles Wissenswerte sozusagen in nuce bringt. Dr. Schultz-Schultzenstein-Eberswalde.

Tagesnachrichten.

Aus dem preussischen Herrenhause. Behufs **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** hat der zeitige Generalgouverneur von Belgien, General Freiherr von Bissing, im preußischen Herrenhause den Antrag gestellt, die Staatsregierung möge einen bestimmten Betrag in den Haushalt zu nachfolgenden Zwecken einstellen:

1. Zur Einführung der Geschlechtskunde in den Seminaren und Hochschulen für die Geistlichen und Lehrpersonen an allen Schulen.

2. Zur Aufnahme der Haut- und Geschlechtskrankheiten als Prüfungsarbeit bei der ärztlichen Staatsprüfung.

3. Zur Abhaltung planmäßiger Belehrung der Schüler und Schülerinnen vor der Entlassung über Geschlechtskrankheiten durch Schul- und Amtsärzte.

4. Zu einem Preisausschreiben über den Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Bevölkerungsbewegung.

5. Zur Unterstützung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Der Antrag befürwortet ferner, daß jede wissentlich geschlechtskranke Person, die trotzdem geschlechtlich verkehrt, bestraft werden könne. Der Antrag, der von einer Reihe von Herrenhausmitgliedern unterstützt wird, ist mit einer eingehenden Begründung versehen.

Eine von der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** zusammenberufene **Sachverständigenkonferenz,** zu der auch das Reichsjustizamt, das Kaiserl. Gesundheitsamt und das preußische Ministerium des Innern Vertreter entsandt hatten, hat sich vor kurzem in zweitägigen Beratungen mit den schweren Mißständen befaßt, welche auf dem Gebiete des **Prostitutionswesens** und der **Geschlechtskrankheiten** herrschen und die an-

gesichts der durch den Krieg geschaffenen Lage dringend Abhilfe erheischen. Um eine bessere Ueberwachung der Prostitution zu ermöglichen und den Verwaltungsbehörden freie Bahn für die dringlichsten Aufgaben zu schaffen, verlangt die Konferenz in einer Petition an den Reichstag, daß dieser durch ein Notgesetz schon jetzt die erst für die Reform des St. G. B. in Aussicht genommene Aenderung des § 180 vornehme, auf Grund dessen heute schon das bloße Vermieten an Prostituierte als Kuppelei bestraft wird. Gegen Bordelle, die ja immer zu schamloser Ausbeutung der Prostituierten führen, hat die Konferenz ausdrücklich Stellung genommen, hingegen sich zugunsten des sogenannten Bremer Systems ausgesprochen, bei dem die Prostituierten in besonderen Straßen als unabhängige Mieterinnen eigene Wirtschaft führen. Mit Recht verlangt die Konferenz in ihrer Petition eine Bestrafung derjenigen Personen, die, obwohl sie von dem ansteckenden Charakter ihrer Krankheit Kenntnis haben, dennoch andere den Gefahren einer venerischen Ansteckung aussetzen. Schließlich fordert sie die Freigabe der Ankündigung und des Verkaufes der sogenannten Schutzmittel, insofern diese nicht gesundheitsgefährlich sind, in ärgerniserregender Weise öffentlich angekündigt und ausgestellt oder im Umherziehen vertrieben werden.

(Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 13.)

Aenderung der Kreisarztbezirke im Stadt- und Landkreise Köln. Vom 1. April ab sind die Bezirke Köln-Nippes und Köln-Ehrenfeld vom Kreisarztbezirk Köln-Nord abgetrennt und mit dem Landkreis Köln zu einem Kreisarztbezirk vereinigt, der dem bisherigen Kreisarzt des Landkreises Köln Dr. Stoffels übertragen ist.

50jähriges Doktorjubiläum. Am 17. März d. J. hat der Geh. Med.-Rat Dr. **Erich Richter,** Reg.- u. Med.-Rat bei der fürstlichen Regierung in Dessau, sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Er ist geborener Anhaltiner und ist, seitdem er im Jahre 1867 die ärztliche Prüfung bestanden hatte, in seiner Vaterstadt Dessau als praktischer Arzt tätig gewesen. Im Jahre 1881 wurde er hier zum Kreisarzt ernannt und im Jahre 1903 zum Regierungs-Medizinalrat und Vorsitzenden des Landes-Medizinalkollegiums. Um die Entwicklung und Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens seines engeren Vaterlandes hat sich Richter, namentlich in seiner jetzigen amtlichen Stellung, große Verdienste erworben. Bei seinen Kollegen, insbesondere bei den Medizinalbeamten, erfreute er sich nicht nur des Rufes eines tüchtigen Fachmannes, sondern auch infolge seiner großen Liebenswürdigkeit einer allgemeinen Beliebtheit. Er gehört mit zu den Begründern des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und ist seit dessen Bestehen Mitglied des Vorstandes, der nicht verfehlt hat, ihm zu seinem Jubiläum die herzlichsten Glückwünsche zu übersenden. Mögen ihm noch recht viele Jahre in derselben geistigen und körperlichen Frische wie bisher vergönnt sein!

Nachruf. Am 21. März d. Js. ist der Kreisarzt des Kreises Beeskow-Storkow, Dr. **Arthur Doebert,** in Warschau an Fleckfieber gestorben, das er sich bei Ausübung seines Dienstes als Kaiserlicher Kreisarzt des Landkreises Warschau zugezogen hatte. Seit Kriegsbeginn hatte er den Feldzug als Stabsarzt d. Res. beim 3. Garde-Ersatz-Bataillon mitgemacht und als solcher das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten. Im September v. Js. erfolgte dann seine Berufung in den Dienst der Zivilverwaltung des Gouvernements Warschau. Hier hat sich der ebenso tüchtige wie pflichttreue Kollege eine Ansteckung mit Flecktyphus zugezogen, der er leider in voller Manneskraft erlegen ist. Ehre seinem Andenken!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Klasse:

Generaloberarzt Prof. Dr. Hahn-Straßburg i. Els.

Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Oberstabsarzt d. L Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke, Reservelazarett-Direktor in Saarbrücken.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Chefarzt San.-Rat Dr. Paul Berner-Fürstenberg (Mecklenburg-Strelitz).
Generalarzt z. D. Dr. A. Böttcher, stellvertretender Korpsarzt in Danzig (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Doebert, Kreisarzt in Beeskow (zuletzt Kreisarzt des Landkreises Warschau (an Flecktyphus gestorben).
Unterarzt Dr. Erich Fackenheim-Eisenach.
Dr. Karl Gail, Arzt an einem Res.-Lazarett (an Typhus gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. Karl Haeffner-Wiesbaden.
Stabsarzt d. L. Dr. Friedrich Kähler-Bühl (Baden) (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Fritz Krobitzsch-Gera.
Oberstabsarzt Dr. A. Martin-Metz (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Oberndörffer-Berlin (in Bagdad an Flecktyphus gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. Plathner-Harzburg i. H. (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. F. Schmidt-Bochum (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. W. Schrader-Stettin.
Generaloberarzt a. D. Dr. Solbrig, Chefarzt eines Res-Lazaretts in München (infolge von Krankheit gestorben).
Oberstabsarzt Dr. Eduard Wadsack-Potsdam.

Cholera: In Oesterreich ist die Seuche erloschen; auch in den übrigen zu Oesterreich gehörenden Staaten scheint dies der Fall zu sein, denn in Ungarn sind vom 21. bis 27. Februar: 4 (2), in Bosnien und Herzegowina vom 30 Januar bis 5. Februar nur noch 4 (1) Erkrankungen (Todesfälle) angemeldet.

Fleckfieber: Im Deutchen Reich sind vom 12.—25. März nur 5 Erkrankungen und 1 Todesfall unter Kriegsgefangenen in einem Gefangenenlager vorgekommen; in Oesterreich vom 16. Januar bis 26. Februar: 244, 354, 349, 398, 484 und 361, davon in Galizien und der Bukowina: 240, 346, 310, 283, 378 und 273; in Ungarn vom 14. Februar bis 5. März: 3 (—), 16 (2) und 19 (5).

Pocken: Im Deutschen Reich sind in den Wochen vom 12. bis 25. März 26 (davon 15 im Kreise Herford, Reg.-Bez. Minden) festgestellt; in Oesterreich vom 30. Januar bis 19. Februar: 1693, 1723 und 1536 (davon 1621, 1652 und 1438) in Galizien.

Berichtigung. Von zuständiger Stelle erhalten wir eine Richtigstellung zu der von uns in Nr. 5 der Zeitschrift, S. 150/151 gebrachten Mitteilung **über den Vertrieb der Broschüre eines Kurpfuschers durch das Zentralkomitee des Landesvereins vom Roten Kreuz.** Danach hat es sich nur um Verbreitung von etwa 1000 Stück einer von einem gewissen Sch. verfaßten, dem Sanitätskorps gewidmeten und dem Landesverein zur Verfügung gestellten Schrift über die Behandlung der Wundnarben gehandelt, die dieser dann an die Lazarette und an die Front geschickt hat mit dem ausdrücklichen Vermerk, daß die Schrift nur für Aerzte und Lazarette bestimmt sei. Jede Absicht, einem Kurpfuscher Vorschub zu leisten, hat bei Versendung der völlig harmlosen Schrift selbstverständlich ferngelegen; von einem „Vertriebe" der Schrift kann überhaupt nicht gesprochen werden. Ihre Versendung ist auch sofort eingestellt, als sich Bedenken gegen die Persönlichkeit des Verfassers erhoben. Auch die in dem Jahresbericht der Kommission der Aerztekammer zur Aufklärung des Kurpfuschertums befindliche Bemerkung, daß das Zentralkomitee eine Anfrage der Kommission vom 11. Juli 1915 unbeantwortet gelassen habe, ist durchaus unberechtigt; denn schon am 17. Juli 1915 ist eine Antwort erfolgt.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 8. Ausgegeben am 20. April 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 8.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen der Charakter als Medizinalrat den Regierungsärzten Dr. Josef Seibert bei dem Gouvernement Deutsch-Südwestafrika und Dr. Hermann Runge beim Gouvernement von Deutsch-Guinea; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Med.-Rat Dr. Groos, Kreisarzt in Darmstadt.

Ernannt: Dr. v. Hövell, Assistent am Königl. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken zum Kreisassistenzarzt in Berlin

unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Kreises Teltow; Kreisassistenzarzt Dr. Halbey in Kattowitz zum Kreisarzt in Pleß, Kreisassistenzarzt Dr. Willführ zum Kreisarzt in Grottkau, der Arzt Dr. Theodor Rehberg-Berlin zum Kreisarzt in Schweinitz, der Kreisassistenzarzt Dr. Halbey in Saarbrücken zum Kreisarzt in Daun.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Malisch von Pleß nach Kattowitz und Kreisarzt Dr. Keintoch in Grottkau nach Leobschütz; der ordentl. Prof. Dr. med. Gaupp in Königsberg in gleicher Eigenschaft an die medizinische Fakultät der Universität Breslau.

Gestorben: Kreisarzt Dr. Fehrs-Szarnikau (s. Ehrengedächtnistafel, S. 248).

Königreich Bayern.

Gestorben: Landgerichtsarzt a. D. Med.-Rat Dr. Rehm in München.

29. Jahrg. Zeitschrift 1916.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 8.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. April.

Gesundheitliche Kriegslehren.

Von Med.-Rat Dr. **Berger**, Kreisarzt in Crefeld.

Der große Mahner und Erzieher Krieg hat in alle Ecken des äußeren und inneren Lebens hineingeleuchtet; er drang durch das Flittergold der Modernität auf den Grund der deutschen Seele, wo ihm noch das reine deutsche Wesen entgegenspiegelte; er drang durch das Unkraut des Luxus in Kleidung, Ernährung usw. auf den Kern des Bedürfnisses; dort gern gesehen, nicht als solcher, nein, das wäre wieder undeutsch, aber als notwendiges Uebel, dem man, wenn auch schrecklich wie des Himmels Plagen, doch das Geschenk des Himmels abgewinnen muß, hier von allen verwünscht, den einen hier, den anderen da beengend, ja ganz aus dem Geleise werfend. Der Krieg schob die Menschen, die bis dahin die schiebenden gewesen waren. Es dürfte jetzt an der Zeit sein, daß die Rollen allmählich wieder getauscht werden; noch nicht ist es soweit, aber es wird ja wohl, nachdem er 20 Monate regiert hat, bald soweit sein. Jedenfalls gilt es, schon jetzt die Er-

fahrungen im Kriege zu verwerten und aus ihnen Lehren für die Zukunft, d. h. für den Frieden, aufzubauen.

Diese Kriegslehren werden sich auf unser ganzes Leben zu beziehen haben, sie erfordern aber eine besondere Beachtung, soweit das gesundheitliche Gebiet in Frage kommt, hängt doch alle Betätigung, und damit alle anderen Fragen, letzten Endes von der Gesundheit des einzelnen ab; vielleicht wird in allen wirtschaftlichen Sorgen das gesundheitliche in weiterem Sinne nicht genügend beachtet.

Der Krieg hat die Augen besonders auf das heranwachsende Geschlecht gelenkt, und die so viel neuerdings erörterte Frage des Geburtenrückgangs, die ja keineswegs eine rein ärztliche ist, kann nicht übergangen werden; denn was nützt uns die schönste Ausstellung „das Kind", wenn wir keine Kinder haben; die Sorge für das heranwachsende Geschlecht hat zur Voraussetzung, daß es vorhanden ist.

Das Kind muß aber nicht nur vorhanden sein, sondern es muß reichlich vorhanden sein, reichlicher, als es in der jäh gleitenden Bahn der letzten Jahre geworden ist.

Die Frage des Geburtenrückganges ist soviel erörtert worden, daß einem bei diesen vielen Erörterungen eigentlich um die Lösung der Frage, d. h. die Vermehrung der Geburten, etwas bange werden kann.

Es muß weniger von der Sache geredet und mehr gehandelt werden. Die Lösung solcher Fragen läßt sich nicht durch diese oder jene einzelne Maßnahme erzwingen oder auch nur fördern, sie müssen sich von selbst lösen, indem man ohne viele Erörterungen die Vorbedingungen, die eben ungünstig geworden sind, abzuändern sucht. Man kommt da um gewisse Erörterungen gewiß nicht ganz herum, aber man kann das erörtern, ohne immer die Steigerung der Kinderzahl im Munde zu haben; diese muß eine selbstverständliche sein.

Eine Vorbedingung für „volle Wiegen" ist eine Vermehrung der Ehen. „Die Junggesellen und der Krieg" sind mancherorts erörtert. Für Junggesellensteuern erwärmen sich alle, die es nicht selbst sind, mancher vielleicht mit der stillen Hoffnung, daß dann die anderen Steuern geringer ausfallen. Ich halte eine Junggesellensteuer für berechtigt aus verschiedenen Gründen:

Der vielbesprochene Ueberschuß der Frauen ist zur Zeit des Heiratsalters gar nicht da, das ist ein großer Irrtum; wenn man den weiblichen Heiratskandidaten von 18 bis 30 Jahren die männlichen von 21 bis 40 gegenüberstellt, so ist kein Frauenüberschuß da. 1907 waren von den über 16 Jahre alten Personen im Deutschen Reich ledig 7321868 Männer und 6624909 Frauen. Der Mangel lag also in der Heiratswilligkeit der Männer.

Dieses Zahlenverhältnis verschiebt sich durch den Krieg, aber doch nicht wesentlich. Am 10. Dezember 1910 hatten wir rund 13 Millionen Männer im Alter von 18 bis 45 Jahren,

von denen nur 7 Millionen verheiratet waren. Wenn also 6 Millionen fehlten, braucht ziffernmäßig noch keine Ehe weniger geschlossen zu werden, sagen manche, und solche Verluste kommen nicht im entferntesten in Frage. Ganz so liegt es ja nun nicht, aber das ist richtig, die Kriegsverluste sind nicht schuld, wenn eine Hero weniger ihren Leander findet. Bei einer Geburtsziffer und Sterblichkeit der deutschen Bevölkerung wie im Jahre 1912 würde der Krieg nur eine Herabsetzung der Volksvermehrung innerhalb 20 Jahren von 16,8 Millionen auf 14 Millionen zur Folge haben; das ließe sich durch geringe Steigerung der ehelichen Fruchtbarkeit etwa zu dem Durchschnitt der Jahre 1901—1910 vollständig ausgleichen.[1])

Die Eheschließungen müssen zunehmen; sie werden wesentlich bedingt durch die wirtschaftliche Lage. Die heimkehrenden Krieger werden reichlich Arbeit finden, die Mädchen haben im Kriege besser gelernt zu wirtschaften, die weiblichen Lückenbüßer werden aus der Arbeit zurückgedrängt werden von den Zurückkehrenden, das ist nur gut, das Mädchen soll heiraten, der Mann soll arbeiten. Sorge ist schon heute zu treffen, daß sich das ohne Härten vollzieht; es kann uns dann gar nicht fehlen, ich will ganz schweigen von dem Sehnen des Feldgrauen nach einem traulichen Heim, von dem Suchen des Mädchens nach dem Helden. Der Krieg wird beleben, wie 1870. Es kommt nur auch hier auf das Durchhalten und den selbstverständlichen Sieg an. Wie sagt unser einziger Hindenburg? „Hoffentlich dauert der Krieg so lange, bis alles sich unserem Willen fügt.“ Dann greifen die Männer wieder in die Speichen des Wirtschaftsrades. Ebbt die weibliche Arbeit wieder zurück, so wird auch die Mutterschaft günstiger verlaufen. Vielleicht sorgt man schon jetzt, daß der weibliche Körper durch die vermehrte Arbeit nicht geschädigt wird; Stärkungen und sachgemäße Erholungen können viel bewirken, und das ist alles ausführbar.

Die höheren Kreise sind in der gewollten Beschränkung der Geburten vorangegangen, das Volk ist gefolgt; es mußte doch auch für das Volk gut sein, was jene für sich für gut hielten. In den höheren Ständen bleiben auch mehr ledig als in den unteren. Unter den Postbeamten waren ledig 15,7 % bei höheren Beamten, 12,3 bei mittleren und 3,6 bei Unterbeamten; Familien mit mehr als 5 Kindern kamen auf 100 Ehen bei höheren Beamten 1,3 mal, bei mittleren 2,5, bei Unterbeamten 8,1. Der Beamte kommt zu spät zu einem auskömmlichen Gehalt, und die Familie wird nicht im Alter gegründet und soll es nicht. Weniger Beamte, mehr Arbeit, gute Besoldung! Erziehungsbeihilfen, Gehaltsstaffelungen, Steuerbegünstigungen dürfen nicht unterschätzt, aber vor allen Dingen nicht überschätzt werden.

Für das Land ist die Hauptsache Landbesitz, für die

---

[1]) Christian: Tagung für Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft. Berlin, 26.—28. Oktober 1915.

Stadt ausreichende Wohnung. Warum brachte Serbien im Balkankrieg 400000 Soldaten ins Feld? Weil der Serbe niemals ganz von Grund und Boden entfernt werden darf.[1])

Ich erinnere an den Geburtenreichtum der bodenständigen französischen Bevölkerung Kanadas. In dem Zusammenhange sei auch der Kosaken Sibiriens gedacht.[2])

Dringend der Lösung bedarf die Wohnungsfrage für kinderreiche Familien, ich halte sie für eine der wichtigsten. Mit Gewährung von Kindergeldern für die Schicht und das Kind, wie es neuerdings der Eschweiler und der Mülheimer Bergwerksverein und andere industrielle Unternehmungen getan haben, so schön und nachahmenswert das auch ist, löst man nicht die Wohnungsfrage, die gerade jetzt schon in Angriff genommen werden muß, vor dem Frieden.

Der übertriebene Luxus, die gesteigerten Lebensansprüche bedingten mit die Einschränkung der Kinderzahl; dazu hat sich die Lebensmittelteuerung gesellt. Die beiden ersten gehen täglich zurück, die letztere steigt täglich. Sie wird mit dem Frieden nachlassen; es kommt darauf an, die Verminderung der beiden ersteren in den Frieden hinüberzunehmen. Dazu beitragen werden die neuen Steuern.

Die gestiegenen Löhne der Arbeiter ermöglichen ihm jetzt mehr Ausgaben als dem Beamten sein gleichgebliebenes Gehalt. Soll er ein Beispiel geben, soll er heiraten und eine Anzahl Kinder erziehen, so wird man dessen gedenken müssen.

Die rein gesundheitliche Seite der Frage der Geburtenbeschränkung würde eine umfangreiche Darstellung für sich erfordern. Zahllose Störungen der Gesundheit, von den tödlichen Fällen ganz zu schweigen, haben in der gewollten Geburtenbeschränkung ihren Grund bei Mann und Frau.

Man sündigt nicht ungestraft gegen die Moral. Geburtenbeschränkung ist Pessimismus, ist Zeichen des Rückgangs. Wir sind ein aufsteigendes Volk; ein verantwortungsvolles Leben ist wert gelebt zu werden, nicht ein bequemes. Das Leben muß jeder nicht für sich leben, sondern für andere, für die Allgemeinheit, so predigt es unser tapferer Soldat, so muß es bei uns daheim werden und bleiben. Sittliche Erneuerung, religiöse Erneuerung, bringe auch sie uns der Krieg! Wenn man in dem statistischen Jahrbuch für den preußischen Staat 1913 liest, daß die Ehescheidungen um so mehr zusammenschrumpfen, je ländlicher und je katholischer die Bevölkerung ist (z. B. 40,6 auf 100000 Einwohner in Sachsen, in Bayern 16,4), so läßt das ohne weiteres an den ähnlichen Unterschied der Geburtenzahl denken. Die soeben veröffentlichten Zahlen für 1914 lassen den konfessionellen Unterschied allerdings weniger hervortreten.

Die Erziehung des Mädchens zur Mutter bietet keine

---

[1]) 25. Bundestag deutscher Bodenreformer in Straßburg.

[2]) Wiedenfeld: Sibirien in Kultur und Wirtschaft.

Schwierigkeiten, man sollte aber sich mehr der Erziehung des Knaben zum Vater annehmen. Kürzlich hatte ein Lehrer in der Oberklasse der Knaben Niederschriften veranlaßt „Wie ich mir meine Zukunft denke“. Einer schrieb: „Ich werde nicht heiraten, denn dann muß man für Frau und Kinder sorgen, und das ist jetzt so teuer“. Ein anderer „Ich will nicht heiraten, dann brauche ich mich auch nicht über meine Frau zu ärgern.“

Das gibt zu denken!

Das Glück mit Kindern und durch Kinder muß praktisch gezeigt werden durch Heraushebung der kinderreichen Familien im Leben.

Wenn dann noch unsere großen Geister sich der Frage annehmen und sie dem großen Volk in ihren Werken nahe bringen — mir schrieb kürzlich unser bedeutendster zeitgenössischer Dichter, er werde es tun —, so werden die Wunden des Krieges für das deutsche Volk bald verharschen.

Die Säuglingspflege ist bereits erheblich verbessert worden. Was darin geschehen kann und geschehen muß, das mag man daraus ermessen, wenn man den Verlust von 16 Millionen Säuglingen, die in den 43 Friedensjahren im zartesten Alter gestorben sind, den Kriegsverlusten gegenüberstellt.

Die Reichswochenhilfe war von außerordentlich segensreichem Einfluß, sie wird ja wohl in den Frieden mit hinübergenommen werden, das ist der Wunsch aller Kreise, denen das Gedeihen der Säuglinge am Herzen liegt. Notwendig ist aber ihre Verbindung mit den allenthalben einzurichtenden Mutterberatungsstellen. Die Reichswochenhilfe allein tut es nicht, es gehört dazu praktische Arbeit; der Besuch der Mutterberatungsstellen darf nicht leiden, wenn die Mütter von anderer Seite Hilfe bekommen. Es muß eben beides vereinigt werden. Wenn nun, wie Dietrich mit Recht sagt, „das gute Befinden der Mutter ein sehr wichtiger Faktor im Leben des Säuglings ist, wird doch mit der Mutter zugleich die beste Pflegerin und Nahrungsquelle des Kindes geschützt“, so wäre das erstrebenswerteste, den Mutterschutz auch mit an die Mutterberatungsstelle anzugliedern; ich halte den Weg durchaus für gangbar, und werde meine Erfahrungen in der Richtung demnächst bekannt geben. Für gefährdete Säuglinge müssen Säuglingsheime in viel größerer Zahl geschaffen werden; wer den Segen der neuen Heime in Köln und Crefeld gesehen hat, der wird sie in größter Zahl für ein Bedürfnis halten.

Die Sterblichkeit der Säuglinge zeigt in dem Kriegsjahr 1915 eine erfreuliche Senkung. Die Gründe dafür sind leicht zu finden. Die Ernährung der Säuglinge erfuhr keine Veränderung, keine Verschlechterung. Die Mütter konnten bei der Abwesenheit der Männer vielfach auf ihre Kleinsten besondere Sorgfalt verwenden. Man wird aus dieser leider notwendigen Abwesenheit der Männer den Schluß ziehen dürfen, daß in der Fürsorge für die Kleinsten noch viel geschehen kann. Wenn

auch der heimgekehrte Krieger wieder einen berechtigten Anspruch auf Sorge für sich erheben darf, so wird doch manches jetzt Gelernte bleiben; das muß durch praktische Säuglingsfürsorge gepflegt werden, es darf kein Rückfall eintreten. Hier liegt ein großes Feld für weibliche Betätigung. Wenn die Vermutung ausgesprochen ist, daß mit der Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen sich eine zunehmende Fürsorgetätigkeit entwickeln oder besser wirken konnte, so ist das ein Trugschluß, aus dem etwa einen Rückschluß zu ziehen nur dringend gewarnt werden kann.

Erheblich größer als die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge ist die der unehelichen. Es muß noch mehr geschehen, und da winken Lorbeeren. Das uneheliche Kind erfordert unsere Sorge ebenso wie das eheliche; seine Entstehung darf für uns keine Rolle spielen. Eine besondere Art von Kriegsneugeborenen, die Kettner[1]) gesehen haben will, habe ich in meinem gutbelegten Säuglingsheim nicht gesehen.

Hat das Kind das Säuglingsalter verlassen, so entbehrt es einer besonderen Fürsorge, denn gerade in dem Alter drohen dem Kind allerhand Gefahren; die Kleinkinderschulen können aber nicht als ausreichend für diese Fürsorge gelten. Die Kleinkinderfürsorge hat deshalb auch schon zu mehrfachen Vorschlägen geführt, u. a. zur Angliederung an die Säuglingsfürsorge.

Gerade der Krieg hat gezeigt, daß die kleinen Kinder oft zu kurz kamen, sei es, daß die Mutter durch Arbeit in Anspruch genommen war, sei es, daß sie durch den Säugling mehr Sorgen hatte oder anderes. Erstaunlich blühten solche kleinen Kinder in anderen sicheren Verhältnissen auf, wohin sie verpflanzt wurden durch Vermittlung der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge. Die neuen Pflegeeltern, oft kinderlose Eltern, wurden aber reichlich belohnt durch das Gedeihen der Kleinen und durch ihre Unterhaltung.

Nicht Vernachlässigung seitens der Mutter war es, was die Verbringung in andere Verhältnisse wünschenswert erscheinen ließ, im Gegenteil, glaube ich, daß wir der größeren Sorge der Mütter mit das Heruntergehen der Säuglingssterblichkeit zu verdanken haben, es war Nichtkönnen nach jeder Richtung.

Diese kleinen Kinder leiden still, sie klagen nicht, aber es wird der Grund gelegt zum Verderben. Wie sollen sie später zu kräftigen Menschen werden, wenn der Aufbau sich nur mangelhaft vollziehen kann? Eine Unterernährung in diesem Alter rächt sich schwer.

Während die Säuglinge im Kriege nicht schlecht abschneiden, ist das allem Anschein nach bei den kleinen Kindern und, wie wir später sehen werden, bei den Schulkindern zu befürchten.

Die Mutterberatungsstellen müssen zu Kleinkinder-

[1]) Langstein: Bemerkungen über die Kriegsneugeborenen. Zeitschrift für Säuglingsschutz; VIII, 3.

beratungsstellen ausgebaut werden, denen Mittel und Wege zur Verfügung stehen, die Kinder in geordnete und gesundheitsförderliche Verhältnisse zu bringen.

Auf einen Mangel hat der Krieg mit Fingern gezeigt, das ist die geringe Zahl von Kinderhorten, wo die Kleinen Ruhe und Pflege finden, und wo sie auch erziehlich beeinflußt werden. Auch viele Schulkinder brauchen außerhalb der Schulzeit Arbeits- und sanfte Erziehungsstätten, das trifft besonders zu auf die schwachbegabten Kinder. Wir wissen, daß der Beginn der Schulzeit auf die Gesundheit des Kindes nicht ohne Einfluß ist, wie soll das nicht geradezu verhängnisvoll sein können für ein Kind, das vorher schon gelitten hat?

Da kann denn auch die schulärztliche Fürsorge oft nicht mehr helfen. Die Notwendigkeit einer schulärztlichen Fürsorge ist ja wohl meistenteils anerkannt, nur sind die Meinungen noch über die Gestaltung nicht einig; vor allen Dingen ist erforderlich, daß die schulärztliche Tätigkeit sich nicht bescheidet mit der Feststellung der Abweichungen und Krankheiten, die Gesundheit der Schulkinder muß vielmehr auch wirklich praktisch durch ärztliche Behandlung, durch Kuren usw. gefördert werden. Ohne diese Folgerung ist die schulärztliche Tätigkeit eine halbe. Durch eine Schulschwester, die den einzelnen kranken Kindern in die Familie nachgeht, wird schon manches gebessert, aber nicht alles erreicht. Es muß eine Form gefunden werden, die die ärztliche Behandlung aller kranken Schulkinder ermöglicht; das dürfte leicht möglich sein durch eine Form der Krankenversicherung. Was in der Zahnfürsorge möglich ist durch die notwendigen und segensreichen Schulzahnkliniken, das ist auch für die Krankheiten des ganzen Körpers möglich.

Unsere Schulkinder mit den kleinen Kindern sind unser zukünftiges Geschlecht, das das wahren und mehren soll, was jetzt die Väter kraftvoll erstreiten.

Ich stimme u. a. den Kölner Feststellungen zu, daß im Jahre 1915 von einer wesentlichen Unterernährung noch nichts wahrzunehmen war, ich fürchte aber, — und ich habe dafür deutliche Anzeichen — daß die Unterernährung mit ihren Folgeerscheinungen jetzt droht. Wenn irgendwo, dann heißt es hier arbeiten mit allen Kräften, ehe es zu spät ist.

Die Schulkinder erfordern jetzt unsere ganze Aufmerksamkeit, und nicht nur in diesem Jahre, sondern in der Zukunft. Es wird darauf ankommen, eine allgemein durchführbare Schularzteinrichtung zu schaffen. [1])

Die Schularzteinrichtung hat sich selbstverständlich nicht allein auf die Volksschulen und auf die höheren Schulen zu beschränken, sie muß sich auch auf die Fortbildungsschule ausdehnen. Ich würde es überhaupt für zweckmäßig halten,

---

[1]) Vergl. die Rede des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner im Abgeordnetenhause am 25. Februar 1916.

wenn die allgemeine Zwangs-Fortbildungsschule mehr in den Vordergrund der Fürsorge für unsere Jugend gerückt würde.

Die Einwendungen, die wohl von seiten der höheren Schulen gemacht werden, daß für ihre Zöglinge vermöge der Lage der Eltern ausreichend ärztlich gesorgt sei, müssen unberücksichtigt bleiben; nur eine mit starker Hand geschaffene allgemein durchführbare Schularzteinrichtung erreicht das Ziel.

In die Tätigkeit des Schularztes ist einbegriffen seine Beteiligung an der Beratung bei der Berufswahl. Die Kriegszeit hat uns da manche Lehre gebracht; jetzt will alles Dreher, Schlosser werden, es gelingt nicht, soviel Stellen zu finden, nicht jeder schwache Körper ist geeignet; zahlreiche Mädchen wollen jetzt Dienstmädchen werden, während früher die Freiheit und der Lohn der Fabrikarbeiterin lockte. Sollen wir tuberkulöse oder zur Tuberkulose veranlagte Mädchen in den Haushalt gehen lassen zu kleinen Kindern?

Unsere ganze Berufsberatung muß ausgestaltet werden schon jetzt und besonders nach dem Kriege; wir wollen unsere deutschen Kinder bestmöglichst verwenden und so verwenden, wie es ihr Gesundheitszustand für sie und für die Allgemeinheit erfordert.

Die Fürsorge für die heranwachsende Jugend nach dem Verlassen der Volksschule hat, was den männlichen Teil der Bevölkerung anlangt, schöne Erfolge gezeitigt; nicht alle Hoffnungen sind erfüllt, es bedarf weiterer Arbeit, namentlich eines besseren Zusammenfassens.

Für den weiblichen Teil ist noch nicht viel geschehen. Die Erziehung zur Mutter und Hausfrau liegt sozusagen in der Luft. Das „Freiwillige Jahr" muß in dieser oder jener Form zur Tat werden, und in ihm wird man auch des Arztes nicht entraten dürfen. Hier muß über Säuglingspflege, über zweckmäßige Ernährung usw. gesprochen werden, dann lernt die Mutter ihr Kind sachgemäß behandeln und ernähren, dann ist sie nicht ratlos, wie man es zur Kriegszeit sah, dann lernt sie gesundheitsgemäß wirtschaften und hält nicht den Mangel von Semmeln für eine schwere Gesundheitsbeeinträchtigung.

Die gesundheitlichen Kriegslehren beschränken sich nicht bloß auf das heranwachsende Geschlecht.

Wir haben im Jahre 1915, wie während des ganzen Kriegs, einen sehr guten Gesundheitszustand im allgemeinen gehabt, die Ende 1915 stärker auftretende Grippe kann füglich außer Betracht bleiben. Wir blieben frei von Seuchen. Das ist der Beweis, daß die Maßnahmen gegen Seuchen den Anforderungen entsprechen; wir werden uns schon im Frieden erinnern müssen, daß Absonderung und Desinfektion mit Strenge durchzuführen sind, wir werden dafür sorgen müssen, daß beide möglichst lückenlos arbeiten. Um gar keine Lücken zu lassen, wird noch ein ständiges Handinhandarbeiten von Zivil- und Militärbehörden notwendig sein, und ein lückenloses Arbeiten der verschiedenen Einrichtungen für Kranke untereinander: Gegenseitige Benach-

richtigung von Krankenhäusern, Irrenanstalten und Amtsärzten und Polizeiverwaltungen, namentlich wird das auch zu gelten haben bezüglich der sogenannten Bazillenträger, die für die Verbreitung ansteckender Krankheiten vielleicht eine ungeahnte Rolle spielen.

Unter den Gründen für den guten allgemeinen Gesundheitszustand möchte ich einen erwähnen: die Bevölkerung hielt sich mehr im Freien auf als sonst, der Raumgehalt gerade der kleinen Wohnungen war infolge Abwesenheit eines Erwachsenen vielfach ein günstiger geworden. Das dürfte u. a. auch auf die Notwendigkeit des Baus ausreichend großer Wohnungen für kinderreiche Familien hinweisen.

Manche Erkrankungen zeigen eine geradezu in die Augen fallende Abnahme. Daß unsere ausgezogenen Krieger einen ausgezeichneten Gesundheitszustand boten, ist bekannt. Das ist aber auch für uns daheim eine Kriegslehre geworden. Wir sahen nicht wenige von den Ausgezogenen früher über Lunge und besonders Magen und Nerven klagen. Ja, wir wissen ungezählte Fälle sicher, daß unsere früheren Kranken im Felde genesen sind. Wodurch, das kann sich jeder selbst beantworten. Ich hatte vor Jahren einmal über ein englisches Buch zu berichten, dessen Ueberschrift lautete: „Luft, Nahrung, Körperbewegung.“ Diese drei gibt es im Felde in Reinheit und Regelmäßigkeit und Nr. 2 in Mäßigkeit. Reinheit, Mäßigkeit und Regelmäßigkeit, die uns durch die wirtschaftlichen Verhältnisse auch zum Teil näher gebracht worden sind, sie sind das A und O zum Gesundbleiben. Daß der Frieden keine Rückfälle bringt, das sei unsere Sorge.

Dies gilt besonders bezüglich der Trinker; bei denen keine Kur half, ihnen hat vielfach der Krieg die Heilung gebracht; es heißt aber schon jetzt Vorsorge treffen, daß die Siegesfeier nicht den Rückfall kräftig einleitet.

Offenbar haben wir mit einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten zu rechnen. Das war bekanntlich nach allen Kriegen zu beobachten seit 1490 und nach gewaltsamen Vermittlungen sogenannter Kultur. Und nach diesem Krieg aller Kriege? Wir müssen offen darüber reden, wie es unsere Heeresleitung in jedem Tagesbericht tut. Es ist nicht zu leugnen, daß der wilde Geschlechtsverkehr zugenommen hat, die Folgen sind klar. Daß heimkehrende Soldaten nicht die Krankheiten daheim verbreiten, muß mit allen Mitteln erstrebt werden. Wir sind in dieser Gefahr bereits mitten drin, wie ich leicht durch Beispiele erhärten könnte. Die Anzeigepflicht für ansteckende Krankheiten wird von den meisten nicht gut geheißen; Hauptgrund, weil das zu einer Verheimlichung führen würde. Zu empfehlen sind die neuerdings erörterten Beratungsstellen; sie müssen möglichst überall eingerichtet werden. Die Geschlechtskrankheiten dürfen jedoch nicht nur als Aushängeschild gelten, es tritt sonst leicht wieder die gefürchtete Verheimlichung ein. Aber geschehen muß hier nicht nur etwas, sondern viel, wenn viel

Unheil verhütet werden soll. Geschlechtskrankheiten machen nicht nur krank, sie machen auch zeugungsunfähig. In Deutschland sollen 350000 Ehen, also 4%, infolge Geschlechtskrankheit des Mannes kinderlos sein. Dazu kommt dann noch die Unfruchtbarkeit nach dem ersten Kinde infolge und im Anschluß an Geschlechtskrankheit des Mannes.

Wir dürfen nicht immer die größere Schuld am Geburtenrückgang bei der Frau suchen, ja, wenn man zwei Hauptgründe betrachtet, die Heiratsscheu der Männer und die Unfruchtbarkeit der Ehen durch Geschlechtskrankheiten, so kann man Gertrud Bäumer und Anna Pappritz nicht Unrecht geben. Mit Nachdruck muß aber doch betont werden, daß man nun nicht, wie das neuerdings zu sein scheint, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für die Hauptsache hält bei der Verhinderung des Geburtenrückgangs. Dazu ist ihr Anteil zu gering; meiner Meinung laufen wir da Gefahr, in ein falsches Fahrwasser zu geraten.

Eine große Umwälzung brachte der Krieg in der Ernährung. Er bewies zunächst, daß wir zu viel aßen und besonders zu viel Fleisch. Damit soll nicht gesagt sein, daß die unzweifelhaft ungenügende Ernährung mancher gesundheitsgemäß ist. Hätte man allmählich schon früher aus dem Zuvielverbrauch eingelenkt, so hätte man jetzt die Einschränkungen größtenteils gar nicht gespürt, sie kamen aber plötzlich, wider Willen und wohl auch stellenweise zu schnell, deshalb wurden sie empfunden. Das Ernährungsproblem war kein Nahrungsmittelproblem, sondern ein Verteilungsproblem.

Eine Aufmachung über die Abnahme von Magenerkrankungen wäre lehrreich. Das steht fest und läßt sich beweisen, daß die Kriegsdiät den Gesundheitszustand nicht verschlechtert, sondern geradezu gebessert hat. Einzelheiten aufzuführen, ist an dieser Stelle nicht angezeigt. Vielleicht läßt sich u. a. in Zukunft eine Abnahme des Krebses feststellen aus naheliegenden Gründen. Für jetzt glaubt Boas eine überraschende Zunahme der Karzinome der Verdauungsorgane namentlich im jugendlichen Alter feststellen zu können, er hält aber eine Vortäuschung vorläufig für möglich. Gewichtsabnahme bei erhaltener Kraft ist in der Kriegszeit eine häufige Beobachtung, das ist nichts Krankes; wir waren überernährt. Wir werden uns freuen, wenn dieser oder jener Zufluß wieder etwas reichlicher fließt, aber das sind im großen ganzen Ueberflüsse; jedenfalls hat der Krieg gelehrt, daß wir mit weniger auskommen können. Glaubten nicht manche verhungern zu müssen, als sie zum ersten male keine frischen Semmeln bekamen? Unsere Ernährung war eben vor dem Kriege nicht immer richtig. Wer war zu überzeugen von dem Nutzen des dunklen Vollkornbrots, wo er doch seinen Schweinen Kleie fütterte, um sie fett zu machen? Alles wollte Grahambrot haben, und wußte gar nicht, was es war. Der Arzt Graham hatte ein Vollkornbrot, allerdings aus Weizen,

backen lassen, um die äußere wertvolle Schale des Korns mit zu verwenden, weiter nichts.

Die Ernährungsfrage erfordert viel Arbeit, anhaltend, es wird das durch den Krieg Erzwungene sorgfältig zu verfolgen und darauf weiter zu bauen sein, namentlich in den Schulen. Nicht alles wollen wir in den Frieden mitnehmen, aber das Gesundheitsgemäße wollen wir retten.

Daß bei dem Ausrücken vieler Aerzte ins Feld die Kurpfuscherei blüht, ist nicht zu verwundern. Ich weiß viele Fälle, in denen die Frauen über alle möglichen Einschränkungen klagten und — die Kriegsunterstützungen zu Kurpfuschern trugen, während sie ärztliche Hilfe umsonst haben konnten. Und wie ließen sich die Kurpfuscher bezahlen, wahrhafte Kriegspreise.

Die Schäden, die angestiftet worden sind, sind leider immer schwer zu verfolgen, niemand will seine Dummheit öffentlich eingestehen. Hoffentlich sind sie nicht ernster Natur. Aber eins tut not, das ist das Verbot der Kurpfuscherei. Selbstlos sind die Aerzte ins Feld gezogen, viele erleiden erhebliche Geldeinbußen, sie tun es gern. Gebe man ihnen eins dafür, das Verbot der Kurpfuscherei, nicht als Belohnung für etwas Selbstverständliches, wie es für jeden Deutschen war, nein, zum Wohle der Gesamtheit, für das sie auch vor dem Kriege schon immer gegen die Kurpfuscherei gehandelt haben. Warum trägt man nicht dem Hange einzelner Soldaten zur Kurpfuscherei auch im Heere Rechnung, und stellt Kurpfuscher im Felde an?

Die Behandlung der Geschlechtskranken durch Kurpfuscher soll gerade im Kriege stark zugenommen haben. Das bedeutet eine große Gefahr auf diesem Gebiete, jetzt und auch nach dem Kriege. Hat man daran auch genügend gedacht bei der viel erörterten und mehr denn je notwendigen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten?

Gerade vor dem Kriege sprach man viel von der Zentralisation der gesundheitlichen Fürsorge. Nun, wenn etwas geeignet war, auch den Widerstrebenden die Augen zu öffnen über diese Notwendigkeit, dann war es der Krieg. Wäre die gesamte Wohlfahrtspflege zentralisiert gewesen, es hätte ganz anders gearbeitet werden können. Manche Frau, die zu laufen wußte, erhielt mehrfach, manche litt bittere Not. Die Hilfsbereitschaft war allenthalben groß, und wenn alle Unterstützungseinrichtungen sich zusammen getan hätten, dann wäre viel möglich gewesen. Es gab ja auch so keinen, der vergeblich Hilfe suchte, aber auch langes Suchen ist für Kinder nicht nützlich.

Als ich 1897 zuerst Wohlfahrtsämter vorschlug, hatte ich zunächst die Zusammenfassung der Wohlfahrtsgesetzgebung hauptsächlich im Auge, ich habe den Gedanken dann erweitert, und an einigen Orten sind bereits Wohlfahrtsämter, die die

gesamte Gesundheits- und Wohlfahrtspflege umfassen, eingerichtet. Ueber ihre Gliederung habe ich in den Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung (III, 12) berichtet. Mögen sie nach dem Kriege allenthalben entstehen, in jedem Stadt- und in jedem Landkreis, sie werden dann mitbauen an dem großen neuen Deutschland.

„Wir sehen“, wie H. St. Chamberlain sagt, „ein Deutschland im Werden — ja schon im Werke —, das die meisten gar nicht kennen“; sorgen wir für die Gesundheit des kraftvoll sich regenden Kindes.

Zur Botryomykose beim Menschen.

Von San.-Rat Dr. M. Mayer-Simmern.

Am 17. Juni 1915 stellte sich mir ein 64jähriger Ackerer und Stierpfleger mit einer mächtigen Geschwulst der rechten Unterkiefergegend vor. Der Mann, der früher bis auf gelegentlich einsetzende Magenbeschwerden stets gesund gewesen war und nur die üblichen Alterserscheinungen der Hunsrücker Bevölkerung aufwies, gab an, er habe vor etwa 4 Wochen Schmerzen im Mund und am Gaumen empfunden, es seien Schluckbeschwerden aufgetreten, das Zahnfleisch sei empfindlich geworden. Plötzlich sei die rechte Mandel angeschwollen und darauf sei die Geschwulst an der rechten Unterkieferseite aufgetreten. Einige hohle Zähne fanden sich im rechten Unterkiefer.

Bei der nächsten Vorstellung am 23. Juni maß die Geschwulst 5 : 9 cm. Ich dachte an Aktinomykose, verordnete Jodkali und spaltete mit Herrn Kollegen Dr. Bickenbach die Geschwulst im hiesigen Ev. Krankenhause. Der Inhalt wich von dem bei Aktinomykose gefundenen wesentlich ab; es fanden sich keine Körner, nur dünne fadenziehende, gallertige Massen, kein Eiter.

Die Behandlung war indessen die von mir bei Aktinomykose öfter angewandte: Tamponade mit Perubalsam, um Eiterung zu erregen bei gleichzeitiger innerlicher Anwendung von Jodkali. Der Mann ist am 20. Juli aus dem Krankenhause gebessert entlassen worden. Er stellte sich mir später wiederholt vor. Die Narbe war bald glatt, die Geschwulst geschwunden, nach einmaligem vorübergehenden Wiederaufbrechen ist die Narbe bisher fest geblieben.

Von dem Inhalt der Geschwulst war eine Probe an das Königl. Medizinaluntersuchungsamt Coblenz am 25. Juni gesandt worden. Am 26. Juni schrieb der derzeitige Leiter, Herr Prof. Dr. Bitter, dem ich auch hi[illegible]inen besten Dank sage:

„Aktinomyces ließ [illegible]ngesandten Gewebsstück nicht nachweisen. A[illegible]en in Reinkultur massenhaft Staphylokok[illegible] die bei Botryomykose gefunden werd[illegible] aureus?)

Die Verwechslung mit Aktinomykose erscheint erklärlich, wenn man die üblichen Befunde bei klinischer Betrachtung ins Auge faßt.

Pseudofluktuation, sulzige Gewebsdurchtränkung bei gleichzeitigem Vorkommen von ergebnislosen Zahnextraktionen hatte ich als solche Symptome in einem Vortrage angenommen, den ich 1900[1]) in einer Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Coblenz über die bis dahin von mir auf dem Hunsrück beobachteten Fälle gehalten hatte. Die maßgebenden Autoren, Poncet und Bérard,[2]) schildern aber auch neuerdings das Bild ähnlich:

Die gewöhnliche Art der Halsaktinomykose bildet einen diffusen, livid verfärbten Herd, wobei bretharte mit fluktuierenden Stellen abwechseln und Fisteln neben alten vernarbten Stellen vorhanden sind.

In unserem Falle fehlten allerdings Fisteln bei der ersten Untersuchung, doch war das äußere Aussehen und die Konsistenz der der Aktinomykose ähnlich.

Die bei Botryomykose des Menschen gewöhnlich angetroffenen Geschwülste sind gestielte Hautgeschwülste.

L. Frédéric[3]) schildert die sog. menschliche Botryomykose als gestielte Geschwülste, die auf der Oberfläche häufig schwer erodiert sind, prominent, elastisch, in der Regel solitär an der Hand, auch im Gesicht auftreten, deren Verwechslung mit Sarkom manchmal nahe liegt.

Dr. M. B. Hartzell-Philadelphia[4]) nennt die Affektion Granuloma pyogenicum (Botryomykose der französischen Autoren). Er hatte sie in 4 Fällen zu beobachten Gelegenheit: Geschwülste aus Granulationsgewebe, die den gelben Eiterstaphylococcus beherbergen.

H. Küttner[5]) hält für die Erkrankung den peripherischen Sitz, die pilzförmige Stielung, die rundliche Form und die Neigung zu Blutungen für charakteristisch. Die Absonderung der ulzerierten Tumoren ist lästig. Die Erkrankung ist klinisch und histologisch als typisches Krankheitsbild festzuhalten und als teleangiektalisches Granulom anzusprechen.

Beneke und Küttner haben sich gegen die Annahme von Poncet und Dor gewandt, daß diese Granulome beim Menschen mit der Tierbotryomykose identisch seien, wie sie von Bollinger im Perimysium, in der Subkutis, im Samenstrang nach Kastration und im retroperitonealen Bindegewebe des Pferdes nachgewiesen ist.

Alle die erwähnten Granulome, auch die Fälle von

---

[1]) Diese Zeitschrift; 1901, S. 287.
[2]) Ref. Münchener medizinische Wochenschrift; 1911, S. 773.
[3]) Ref. Münchener med. Wochenschrift; 1904, S. 766.
[4]) Ref. Berliner klinische Wochenschrift; 1904, Literaturbeilage S. 40.
[5]) Ref. Münchener med. Wochenschrift; 1905, S. 2485.



B. v. Baracz,[1]) N. Bardescu,[2]) G. E. Konjetzny[3]) haben mit unserem Falle klinisch keine Aehnlichkeit.

Dabei ist es aber von Interesse, daß immer wieder auf die Möglichkeit hingewiesen wird, daß die menschliche Botryomykose eine Berufskrankheit sei.

Polizeitierarzt Glage-Hamburg[4]) sagt in einem in der biologischen Abteilung des Aerztlichen Vereins Hamburg 1905 gehaltenen Vortrage:

Botryomykose wird durch Botryokokken erzeugt, die vielleicht mit Staph. pyog. aur. identisch sind.

Sie ist öfter von Pferden auf den Menschen übertragen worden, besonders bei Pferdewärtern und Landleuten. Dabei bilden sich an der Infektionsstelle typische Granulationsgeschwülste, die aber stets durch Operation erfolgreich beseitigt werden konnten.

Bernstein[5]) weist darauf hin, daß Küttners 4 Fälle nur Landleute betrafen. „Ob irgend eine berufliche Schädigung durch die Landwirtschaft die Entstehung dieser Geschwülste veranlaßt oder gefördert hat . . . . muß dahin gestellt bleiben. Unter der Voraussetzung, daß die Krankheit von den Pferden auf den Menschen übertragen werden könne, würde sie zu den Berufskrankheiten der Landarbeiter zählen."

Wenn es auch noch nicht gelungen ist, die Art der Uebertragung in meinem Falle festzustellen, scheint mir doch wesentlich, daß der von mir behandelte Mann viele Jahre Stierpfleger ist und eine Entzündung von Mund- und Gaumenschleimhaut sowie der Mandel mit Schwellung vorausgegangen war. Die Gutartigkeit des Verlaufes, die Beeinflussung durch Jodkali dürfte auch differentiell diagnostisch gegenüber anderen Kiefergeschwülsten von Bedeutung sein.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 28. ordentliche Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamten-Vereins am 26. November 1915 in Rostock.

Anwesend die Mitglieder: Unruh-Wismar, Wilhelmi-Schwerin, Dannien-Malchin, Stein-Neu-Strelitz, Stephan-Güstrow, Mulert-Waren, Viereck-Ludwigslust, Dugge-Rostock.

Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Unruh-Wismar, gibt zunächst den verstorbenen Mitgliedern Roggenbau-Neu-Strelitz, Bartsch-Parchim, Jenz-Schwerin einen warm empfundenen Nachruf.

[1]) B. v. Baracz-Lemberg: Zur Frage eines speziellen Krankheitserregers bei der sog. Botryomykose des Menschen. Ref. Münchener med. Wochenschrift; 1901, S. 645.

[2]) N. Bardescu: Die Botryomykose beim Menschen; Münchener med. Wochenschrift; 1905, S. 1457.

[3]) G. E. Konjetzny: Zur Pathologie und Aetiologie der sog. teleangiektatischen Granulome. Münchener med. Wochenschrift; 1912, S. 2219.

[4]) Münchener med Wochenschrift; 1905, S. 2343.

[5]) R. Bernstein: Die Berufskrankheiten der Land- und Forstarbeiter. Stuttgart 1910.

Im Felde stehen noch immer: Günther-Hagenow, Buschmann-Parchim, Peeck-Gnoien. Dugge-Rostock steht als Stabs- und Chefarzt der Mecklenburg-Strelitzer Lazarette in Neustrelitz.

I. Gefängnispsychosen. Med.-Rat Dr. Stephan, Kreisarzt in Güstrow: Gefängnispsychosen sui generis gibt es nicht. Das ätiologische Moment der Entziehung der Freiheit ist aber von fundamentaler Bedeutung für Entwicklung geistiger Störungen, besonders für Disponierte. Zu unterscheiden ist Internierung für lange Dauer (Strafanstalten und Zuchthäuser) und für kurze Dauer (Untersuchungshaft). Dort abgeschlossenes Verfahren, hier ewige Störungen mit Vernehmungen, Vorbereitungen zum Termin etc. etc.; auch die plötzliche Einsperrung selbst kommt erheblich in Betracht.

Ueber die Anstalten für langfristige Strafen hat Vortragender weniger eingehende Erfahrungen, da er an solchen nicht angestellt ist und sie nur als Kreisarzt gelegentlich sieht. Er streift aber den „Begnadigungswahn", meist wohl ein Zeichen präseniler Demenz; es fehlt solchen Kranken durchweg die Schärfe, die Impulsivität sonstiger Wahne; darin liegt eben das Präsenile.

Das Untersuchungsgefängnis bietet andere Bedingungen. Die ganze Schwere der neuen Umgebung lastet auf den plötzlich der Freiheit Beraubten. Leute, die ex ovo geistig labil und nicht völlig fest sind, brechen leicht zusammen.

Verschiedene Gruppen von Kranken reagieren verschieden, je auf ihre Weise.

Neurastheniker, ohnehin ja leicht erschöpft in ihrer nervösen Kraft, klagen über allerlei Beschwerden, Druck vor dem Magen, vor dem Kopf, können nicht schlafen usw.

Degenerative, Defektmenschen, Erregbare, Verschrobene, Streitsüchtige, Haltlose etc. bieten einen leider vorzüglichen Boden für einen geistigen Zusammenbruch. Hierher gehören auch die Hysteriker, sowie manche Luetiker.

Für alle diese Gruppen kommt als Gefängnispsychose der sog. „Zuchthausknall" in Betracht: Aus verhältnismäßig guter geistiger Gesundheit heraus plötzlich starke Erregung, mit halluzinatorischer Verwirrtheit, unsinnlicher Zerstörungswut, sich äußernd. In den vom Vortragenden beobachteten Fällen war die Erregtheit meist in 2—8 Tagen abgeklungen, nach Bädern und Beruhigungsmitteln, ohne daß Ueberführung in eine Irrenanstalt notwendig geworden wäre.

Den Zuständen ähnlich, zu ihnen überleitend, sind die hysterischen Störungen. Es ist dabei zu denken an die funktionellen Störungen bekannter Art, weniger an die (durchaus nicht stets erforderlichen) Stigmata. Solche Kranken bieten im Gefängnis häufig Dämmerzustände, wollen plötzlich eine Reise machen u. dgl. mehr. Vortragender hat solche Zustände bis zu 8 Tagen beobachtet. Ein zunächst vielleicht vorliegender Vortäuschungs-Verdacht erweist sich fast stets als unbegründet.

Hierher gehören auch (als haltlos Degenerative) die Alkoholiker, auch die Prostituierten, vornehmlich die höherer Stände. Vereinzelt fand Vortragender das sog. Gansersche Symptom, krankhaftes Vorbeireden: „Das Pferd hat 5 Beine"; „die (auf dem Bilde weiße!) Ziege ist schwarz" u. dgl. mehr. Dies Symptom hält sich oft viel länger, wochen- ja monatelang; man hat oft das Gefühl der Täuschung, muß sich aber bei Defektmenschen doch von der Wirklichkeit des Zustandes überzeugen.

Eigentliche Paranoia, echte Wahnbildung zu festem, unverrückbarem System, findet man in Gefängnissen relativ selten; es währt meistens nicht lange bis diese Kranken, oft gefährlicher Form, in die Irrenanstalten abgeschoben werden.

Die Gefängnispsychosen bieten noch viel unaufgeklärte Punkte und verlangen weiteres, sorgfältiges Studium.

Diskussion.

Dr. Wilhelmi bestätigt, daß die Anfälle von „Zuchthausknall" gelegentlich so schnell abklingen, daß sie nicht erst in die Irrenanstalt überführt zu werden brauchen. Er betont aber ausdrücklich, daß er einen Fall von echter, rückhaltslos eingestandener Simulation erlebt hat.

Dr. Viereck macht aufmerksam, daß an den kleinen Amtsgerichtsgefängnissen die Verhältnisse anders liegen. Echte Simulation hat er dort

nie erlebt. Unter den vielen Bettlern und Landstreichern befinden sich zahlreiche alte Psychotiker, Dementia praecox, Alkoholismus, Präsenile usw.

Dr. Unruh möchte doch vor der Möglichkeit einer Vortäuschung des Ganserschen Symptoms ausdrücklich gewarnt haben.

II. Vertretung der zum Heeresdienst eingezogenen Aerzte durch Kandidaten der Medizin. Med.-Rat Dr. **Unruh,** Kreisarzt in Wismar.

In einem Orte des Bezirks Wismar waren beide Aerzte eingezogen. Sie hatten zunächst einen gemeinsamen Vertreter; seitdem auch dieser eingezogen war, vertrat ein 8semestriger Mediziner die beiden Aerzte. Er meldete sich beim Kreisarzt U. an; hatte schon früher in Sachsen vertreten; brachte das Zeugnis des kgl. sächsischen Bezirksarztes in O., daß „bei seinen Kenntnissen der Vertretung eines praktischen Arztes nichts entgegenstehe". Auf Anfrage bei dem Bezirksarzt bekam U. die Antwort, daß inzwischen laut Ministerialverfügung solche Vertretung nicht mehr zulässig sei. (Vgl. Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung dieser Zeitschrift; 1915, Nr. 2.) U. berichtete an die Medizinalkommission und erhielt die Antwort, daß besondere Verfügungen bei uns nicht bestehen; jedoch dürfe der Vertreter solche Verrichtungen, die durch Gesetz ausdrücklich Aerzten vorbehalten sind (Impfungen!), nicht vornehmen. U. hat aber auch andere wichtige Bedenken; so hat er sich veranlaßt gesehen, den Vertreter ausdrücklich anzuweisen, über anzeigepflichtige Krankheiten ihm Anzeige zu erstatten; hat ihm auch Verhaltungsmaßregeln über den Verkehr mit stark wirkenden Arzneimitteln gegeben, den Apotheker des Ortes angewiesen, verordnete Arzneimittel zwar abzugeben, sich aber in allen auch nur einigermaßen zweifelhaften Fällen an ihn, den Kreisarzt, zu wenden. Besonders und ausdrücklich hat er den Vertreter ermahnt, vorsichtig in seinen Ordinationen zu sein. U. ist sich bewußt, formell nicht vorschriftsmäßig, sachlich jedoch, der Not der Zeit entsprechend, richtig gehandelt zu haben.

In der

Diskussion

wird diese letztere Ansicht allgemein gutgeheißen.

Dr. Wilhelmi ist bereits vom Ministerium mit dieser Sache befaßt und soll über die hier zutage tretenden Anschauungen Bericht erstatten. Er weist auf die Delbrücksche Verlautbarung aus den ersten Tagen der Mobilmachung (siehe Aerztliche Mitteilungen, August 1914) hin, durch die den Medizinern „für dringende Fälle" nach zwei klinischen Semestern gestattet wird, als ärztliche Hilfspersonen auch bei Krankenkassen zu wirken. In einem Schreiben desselben Ministers an das Schweriner Ministerium heißt es aber nicht „außer den Aerzten", sondern „neben ihnen"; das kann als schwerwiegender Unterschied gedeutet werden.

Sicherlich ist in dieser heiklen Frage schon in Friedenszeiten stets, wohl überall in deutschen Landen, mehr oder weniger ein Auge zugedrückt worden; heute aber handelt es sich um eine Notlage. Um Härten auszugleichen, wird es augenblicklich, zumal in unsern dünnbevölkerten Landgegenden, nicht immer möglich sein, dem Wortlaut des Gesetzes zu genügen.

Dr. Dugge würde im vorliegenden Falle genau so gehandelt haben, wenn auch, rein offiziell, contra ordinem. Es ist eben ein Notstand, und es darf in diesen Zeiten ehrlich anerkannt werden, daß Vertretung durch ältere Mediziner seit Jahrzehnten eben ein oft stillgelittenes Uebel war und ist. Dadurch, daß Dr. Unruh den Vertreter ausdrücklich zu vorsichtigem Handeln ermahnte und den Apotheker anwies, sich in allen Fällen des Zweifels an ihn, den Kreisarzt, zu wenden, gestaltete er obendrein die Sachlage viel günstiger, als sie sonst gemeinhin gewesen sein mag; er nahm einen großen Teil der Verantwortung auf sich selbst. Schwierigkeiten könnten einzelne Behörden (Gefängnisarzt!) oder Gutsbesitzer machen, soweit sie schriftlich „ärztliche" Behandlung ausbedungen haben; doch ist das rein privatrechtlicher Art und mag eigener Vereinbarung überlassen bleiben. Interessant ist übrigens, daß nach zahlreichen Erfahrungen, nicht nur die Frauen der ins Feld gerückten Aerzte, sondern auch das Publikum übereinstimmend meist sich sehr wohlwollend und dankbar über die älteren, nicht approbierten Mediziner ausgesprochen haben, im eigenartigen Gegensatz zu manchem harten Urteil, daß

über rein ärztliche Vertreter bemerkbar wurde. Wo so viele ansässige Aerzte aus guter, alter Praxis im Felde sind, und wo alle richtig leistungsfähigen Aerzte an ihrem Wohnorte doppelt und dreifach für die Abwesenden mitarbeiten müssen, also unentbehrlich und an die Scholle gebunden sind, ist es kein Wunder, daß an richtig guten und wahrhaft vertrauenswerten approbierten Vertretern ein Mangel ist, und daß anderseits unter den zur Verfügung sich stellenden, zum Ortswechsel bereiten Approbierten immerhin ein erheblicher Prozentsatz von solchen ist, die mit Vorsicht zu genießen sind, oder die irgendwie und irgendwo ein großes Fragezeichen aufweisen.

Dr. Mulert, Dr. Stephan, Dr. Dannien, Dr. Stein sprechen sich durchweg in zustimmenden Sinne aus. Generelle Regelung durch eine Zentral-Instanz ist zur Zeit schwierig, wenn nicht unmöglich.

III. Bemerkungen zur Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über Wochenhilfe. Med.-Rat Dr. **Wilhelmi,** Kreisarzt in Schwerin.

Der Vortragende berichtet über einen Fall von Weigerung einer Krankenkasse, für Hebammendienste bei einer Fehlgeburt Kosten zu übernehmen, weil dies keine „Entbindung“ sei. Das Großherzogliche Versicherungsamt hat entschieden, daß zwar allerdings eine Fehlgeburt keine Entbindung im Sinne der Bekanntmachung sei, daß aber gleichwohl die Kasse die Hebammendienste zahlen müsse auf Grund des § 3, Ziffer 3 der Bekanntmachung; denn eine Fehlgeburt falle unter den Begriff der „Schwangerschaftsbeschwerden“, und stelle den höchsten Grad solcher Beschwerden dar. Dr. Wilhelmi behält sich vor, das in dieser Angelegenheit von ihm erstattete Gutachten und die Entscheidungsgründe des Versicherungsamts gelegentlich anderweit zu veröffentlichen.

IV. Anforderungen, die man an die bei den Krankenkassen zugelassenen Zahntechniker stellen soll. Med.-Rat Dr. **Wilhelmi,** Kreisarzt in Schwerin.

Dr. W. hat wiederholt Gelegenheit gehabt, im Auftrage des Großherzoglichen Versicherungsamts an Ort und Stelle den Betrieb von Zahntechnikern zu besichtigen. Er fordert: Sauberkeit in erster Linie, dann aber, bei bescheidenen Ansprüchen, immerhin ausreichendes Instrumentarium, ferner ausreichende Kenntnisse und Möglichkeit zur Desinfektion der Instrumente, auch ordnungsmäßige Aufbewahrung der Geräte. Wie entsetzlich ist oft allein die Watte aufbewahrt! Zu achten ist auch auf die differenten Einspritzungen, die seitens der zur Kassenpraxis zugelassenen Zahntechniker in Mecklenburg (Bekanntmachung vom 19. Dezember 1913, § 5, Ziffer 2) nicht angewandt werden dürfen. Nach neueren preußischen Entscheidungen dürfen allerdings den Zahntechnikern Gifte zu ihren „gewerblichen“ Zwecken, sofern sie „zuverlässige“ Personen sind, verabfolgt werden.

V. Geschäftliches. Die Vorstandswahl ergibt Wiederwahl der bisherigen Mitglieder.

Ueber eine Frühjahrsversammlung soll der Vorstand nach eigenem besten Ermessen entscheiden. Erwünscht wird eine Besichtigung auf dem Gebiet der Kriegsbeschädigten-Fürsorge.

Ein Jahresbeitrag soll diesmal nicht erhoben werden.

Dr. Dugge-Rostock.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Schädigung des Auges bei Vergiftung durch Methylalkohol. Von Prof. Dr. Birch-Hirschfeld-Königsberg i. Pr. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 9.

Die Methylalkoholvergiftung hat in Deutschland durch die Massenvergiftung im Berliner städtischen Asyl für Obdachlose die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gelenkt, während die Erkrankung hier vorher ziemlich selten war. Diese Vergiftung führt oft zu schweren und dauernden Sehstörungen. Den in der Literatur bereits niedergelegten Erblindungsfällen werden 2 eigene Beobachtungen über Schädigung des Sehvermögens bei Soldaten, die an Methyl-

alkoholvergiftung erkrankt waren, angereiht. Die ersten Symptome bei Methylalkoholvergiftung treten nach mehreren Stunden bis zu einem Tag latent auf und betreffen den Verdauungstraktus; sie bestehen in Uebelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen; in ungünstigen Fällen treten auch Delirien, Krämpfe und Bewußtseinsstörungen auf. Die schädigenden Dosen unterliegen weiten Schwankungen. Die Sehstörung setzt meist schon vor Ausbruch der schweren Allgemeinerkrankungen ein. Weite, starre Pupillen, Reaktionslosigkeit deuten auf die Schädigung des Sehorgans; es findet sich Neuritis optica, Lähmung der Konvergenz und Auftreten von Nystagmus sind selten, ebenso Netzhautblutungen. Bei Methylalkoholamaurose erstreckt sich die Netzhauttrübung nicht auf den ganzen hinteren Pol, wie es häufig bei der Chininamaurose, selten bei der Filixamaurose vorkommt. In leichteren Fällen kann das Bild mit den Symptomen der chronischen Alkohol-Tabakamblyopie übereinstimmen, unterscheidet sich aber hiervon schon durch das plötzliche Einsetzen. Tritt plötzlich eine schwere Sehstörung mit zentralem absoluten Skotom und Einengung des peripheren Gesichtsfeldes mit Neuritis optica auf und liegen gastrointestinale Vergiftungserscheinungen vor, so ist in erster Linie an Methylalkoholvergiftung zu denken. Der Methylalkohol ruft degenerative Veränderungen in den Nervenfasern und den Ganglienzellen der Netzhaut hervor ohne entzündliche Infiltration. Bei der Methylalkoholvergiftung sind die Veränderungen am Auge nicht auf das papillomakulare Bündel beschränkt. Die Therapie ist ziemlich machtlos, daher ist die Prophylaxe (Ueberwachung des Schnapsverkaufes, evtl. strenge Bestrafung etc.) von größter Bedeutung.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Optochin-Amaurose. Von San.-Rat Dr. W. Feilchenfeld, Augenarzt in Charlottenburg. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 11.

Die Behandlung von Pneumokokkeninfektion mit Optochin ist sehr warm empfohlen. Doch ist das Präparat durchaus nicht ungefährlich. F. hat beobachtet, daß durch stündliche Dosen von je 0,2 g, in Gesamtmenge von 5 g, eine dauernde Schädigung der Augen bedingt wurde. Die gegebene Menge entspricht vielfachen Vorschriften, bleibt sogar noch unter der von einzelnen geforderten Grenze. Wenn auch Optochin ebenso wie Chinin nur zuweilen so stark auf den Sehnerven einwirkt, so erscheint doch Vorsicht und Prüfung der Toleranz geboten. Da Gehörstörungen anscheinend zuerst bemerkbar werden, empfiehlt es sich bei deren Auftreten sofort das Mittel auszusetzen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Ablehnung des Arztes als Sachverständigen. Von Oberlandesgerichtsrat A. Freymuth. Aerztliches Vereinsblatt; 1916, Nr. 1068.

Da in vielen, namentlich Unfallprozessen das Gutachten des Arztes als Sachverständigen die tatsächlich entscheidende Rolle spielt, wird oft um die Auswahl des Gutachters hartnäckig gekämpft. Ob im Einzelfall die Ablehnung berechtigt ist, entscheidet das Gericht. Nach der Zivilprozeßordnung (§§ 406, 42) ist die Ablehnung statthaft, „wenn ein Grund vorliegt, welcher geeignet ist, Mißtrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu rechtfertigen". Der in einer Reihe von neueren gerichtlichen Entscheidungen in der Ablehnungsfrage vertretene Standpunkt wird vom Verfasser dahin zusammengefaßt:

„1. Die Tatsache allein, daß der Arzt eine Partei — natürlich gegen Entgelt — behandelt hat, sei es auch wegen des in dem Prozesse erheblichen Leidens, rechtfertigt die Ablehnung des Arztes als Sachverständigen nicht. — Vgl. aber Nr. 4.

2. Wohl aber ist die Ablehnung dann gerechtfertigt, wenn zwischen dem Arzt und der behandelten Partei sich ein besonderes Vertrauensverhältnis herausgebildet hat, wie es namentlich vorliegt:

a) bei der Tätigkeit als langjähriger Hausarzt,

b) bei der Behandlung des Kranken in der Privatklinik des Arztes.

3. Auch dann ist die Ablehnung gerechtfertigt, wenn zwar ein besonderes Vertrauensverhältnis (vgl. 2) nicht vorliegt, es in dem Prozeß sich aber gerade um eine Anordnung handelt, die durch den betreffenden Arzt veranlaßt worden ist. (Einweisung der Partei in eine Irrenanstalt.)

4. Ferner ist dann die Ablehnung auch ohne das Vorliegen eines besonderen Vertrauensverhältnisses (vgl. 2) gerechtfertigt, wenn der Arzt den Kranken wegen des im Prozesse erheblichen Leidens nicht nur behandelt (vgl. 1), sondern ihm auch private Gutachten darüber gegen Entgelt erstattet hat."

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Haftung des Arztes wegen Pflichtverletzung in der Rechtsprechung des Reichsgerichts. Von Dr. W. Stein. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin. Jahrg. 24, Nr. 6, 16. März 1916.

Die Frage nach der Haftung des Arztes wegen Pflichtverletzung ist noch lange nicht geklärt. Eine Operatinn ist nicht widerrechtlich, wenn der Kranke oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat, aber dies ist nicht immer möglich. Von dem verwundeten, bewußtlosen Soldaten kann weder die eigene noch die Einwilligung der Eltern gefordert werden; deshalb muß bei derartigen Eingriffen von Fall zu Fall entschieden werden. Die Verweigerung der Einwilligung der Eltern kann auch einen Mißbrauch der elterlichen Gewalt darstellen. Vor allen Dingen muß der Arzt sich gegen den Vorwurf der Fahrlässigkeit schützen; er muß auch in der Wahl seiner Gehülfen vorsichtig sein, denn das Reichsgericht hat entschieden, daß der Arzt für deren Verschulden haftet. Anderseits hat das Reichsgericht zugunsten des Arztes angenommen, daß die Unmöglichkeit, die Ursache einer Verletzung sicher festzustellen, nicht zu Lasten des Arztes gehen darf. Dr. Hoffmann-Berlin.

B. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Zur Erkennung von Spätfolgen nach Schädelschüssen. Von Prof. Dr. Tilmann-Cöln. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, 20. 2.

T. hält es für möglich, durch die Lumbalpunktion festzustellen, ob die Reaktionserscheinungen des Gehirns auf eine Verletzung abgelaufen sind oder nicht. Erhöhter Druck mit normalem Eiweißgehalt der Hirnflüssigkeit scheint auf eine einfache arachnoidale Retentionszyste infolge Narbenbildung hinzuweisen. Besteht bei hohem Druck geringer Eiweißgehalt, dann handelt es sich oft um eine entzündliche Zyste; ist der Eiweißgehalt hoch, so daß es in Flocken ausfällt, dann liegt bei gleichzeitig hohem Druck meist ein Abszeß vor. Eiweißgehalt bei normalem Druck deutet auf rein meningeale Vorgänge. Die klinischen Ausfallserscheinungen haben für die angeregten Fragen keine große Bedeutung. Dr. Roepke-Melsungen.

Uebungsschule für Gehirnkrüppel. Von Dr. Fritz Hartmann. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 12.

Auf Grund praktischer Erfahrungen stellt Verfasser folgende Sätze auf: Jeder Gehirnkrüppel (Schädelverletzte) ist einer von einem Arzte und von einem Pädagogen geleiteten Anstalt zuzuführen und dort eingehend zu untersuchen. Am besten in heimatliche Anstalten. Da fast jeder Gehirnkrüppel Ausfall der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Assoziationsleistung aufweist, ist der Wiederaufbau nicht an den bestehenden Rest der Leistungen des Gehirns anzuknüpfen, sondern hat, bei allen ernstlichen Verletzungen, bei der ersten Stufe des elementaren Unterrichts zu beginnen. Auch bei Erschöpfungsneurosen empfiehlt sich das gleiche Verfahren. Dr. Graßl-Kempten.

Weitere Beiträge zur Kenntnis der akzidentellen Herzgeräusche. Von Prof. Dr. Ehret. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 14.

Ehret hat bei 30 % der Gemusterten Herzgeräusche festgestellt. Die Entstehungsart der Geräusche ist nach seiner Auffassung in der Mehrzahl der Fälle in der Beeinflussung der das Herz umschließenden Lungenteile durch aufgeregten Herzschlag zu suchen. In diesen Lungenteilen findet infolge der mit dem Herzschlag verbundenen Konturveränderungen, an die sich die Lungen anpassen müssen, eine mehr oder weniger gewaltsame Verschiebung des Lufteinfalles der Lungen statt. „Diese in Sekundenbruchteilen erfolgende Verschiebungen des Lufteinfalls werden bei intensivem Herzschlag und geeigneter Lungenbeschaffenheit hörbar; daher die akzidentellen Geräusche in

der Herzgegend". Geräusche, die bei dem Preßakte sofort verschwinden oder a tempo viel leiser werden, dürften somit als akzidentelle, pneumokordialen Ursprungs und als für Herzdiagnose bedeutungslos angesprochen werden.

Dr. Graßl-Kempten.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Ist Flecktyphus ein entschädigungspflichtiger Unfall? Von Geh. San.-Rat Prof. Dr. C. Ruge. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 8.

Der 45jährige Prof. Dr. L. hatte am 15. Mai 1914 die Insassen einer Flecktyphusbaracke zu untersuchen; er erkrankte am 31. Mai unter prodromalen Allgemeinerscheinungen, nach 24 Stunden mit starkem Schüttelfrost. Am 1. Juni Aufnahme ins Krankenhaus; leichte Rötung im Rachen, Fieber, hyaline und granulierte Zylinder; 3 Tage später Flecktyphusausschlag, am 8. Juni unter Benommenheit und Herzlähmungserscheinungen Tod.

Erkrankung und Tod wurden von der Familie als Unfallereignis angesehen und bei der Unfall-Versicherungsgesellschaft Ansprüche geltend gemacht, weil „ohne Zweifel eine äußere Verletzung durch Läusebiß" stattgehabt hätte, die plötzlich, unfreiwillig, mechanisch von außen auf den Körper einwirkte.

Nach der jetzt gebräuchlichen Infektionsklausel sind in die Versicherung eingeschlossen alle Infektionen, bei denen durch Ausübung des ärztlichen Berufes der Ansteckungsstoff nachweislich durch äußere Verletzungen oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist.

R. führt des weiteren aus, daß im vorliegenden Falle nicht erwiesen ist, daß die Infektion durch äußere Verletzung auch durch Läusebiß entstanden ist, daß es eine nicht bemerkte, nicht wahrgenommene Unfallsverletzung nicht gibt, daß bei Flecktyphus neben der Uebertragbarkeit durch Blut eine Tröpfcheninfektion nicht ausgeschlossen ist, daß für die Entschädigungspflicht bei einer Infektionskrankheit der nachweisbare Lokalherd entscheidend ist, von dem aus die Infektion erfolgt. Es wird an der Hand der Literatur geprüft, wie die Infektionsträger in den Körper gelangt sind, ob typisch, wie bei der Infektionskrankheit überhaupt — dann liegt kein Unfallsereignis vor — oder infolge wirklicher Verletzung — dann ist die Entschädigungspflicht klar — oder atypisch durch Einatmung — dann liegt ebenfalls kein Unfallsereignis vor. Nach allem wird die Frage: Ist Flecktyphus ein entschädigungspflichtiger Unfall? verneint, da Infektionskrankheiten nicht entschädigt werden, hier auch keine Unfallverletzung vorlag.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Unfallbegutachtung durch den erstbehandelnden Arzt. Von D. F. Curschmann-Greppinwerke. Zentralbl. f. Gewerbehygiene; 1916, Nr. 3.

Eine eingehende Untersuchung und eine genaue Aufzeichnung der Anamnese ist bei allen Unfallverletzten durch erstbehandelnden Arzt von größter Bedeutung. Der Verfasser empfiehlt ein Formular, das die Möglichkeit bietet, die in jedem einzelnen Falle verschiedenartigen wichtigen Umstände darin unterzubringen; es müßte aber von allen oder der Mehrzahl der Berufsgenossenschaften eingeführt werden. Dr. Wolf-Hanau.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Zum Eiweißnachweis im Urin. Von Stabsarzt Dr. Siebert. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 11.

Eine einfache, wenig bekannte Probe des Eiweißnachweises im Urin, die bei der serologischen Liquordiagnostik schon seit einigen Jahren gute Dienste leistet, ist die Pandysche Reaktion; sie gilt als feinstes Reagens für Eiweiß und spez. Globulinnachweis bei pathologisch verändertem Liquor cerebrospinalis (bei Tabes und Dementia paralytica).

Man stellt die Probe folgendermaßen an: Man füllt ein Uhrglasschälchen zu dreiviertel voll mit einer verdünnten Karbolsäurelösung (Acid. carbol. liquef.

10,0 Aq. dest. ad 100,0) und läßt 1—2 Tropfen Urin in die Lösung fallen. Sofort bildet sich bei Eiweißgehalt eine weißliche Trübung oder ein weißer, wolkiger Niederschlag je nach der Menge des vorhandenen Albumens. Die Probe kann auch angewendet werden wie die Hellersche Ringprobe. Der gebildete Niederschlag läßt sich durch NaOH- und NH_3-Lösung wieder auflösen, ein Beweis für seine Eiweißnatur. Die Trübung läßt sich, gegen einen schwarzen Untergrund betrachtet, sehr gut bei täglichen Untersuchungen abschätzen. Dr. Roepke-Melsungen.

---

2. Rückfallfieber.

Ueber eine neue dem Rückfallfieber ähnliche Kriegskrankheit. Von Oberarzt Dr. Korbsch. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 12.

Im April 1915 wurden bei drei verschiedenen Regimentern rekurrierende Fieberanfälle beobachtet, die sich im Juli verloren und erneut im November bei denselben Truppenteilen auftraten. Sie boten folgendes klinische Bild: Plötzliche Erkrankung mit leichten Kopf- und Kreuzschmerzen und nächtlichem Schweißausbruch. Am 5. Tage neuer, schwerer Anfall von Kopfschmerzen, außerdem Blutwallungen nach dem Kopf, Augendrücken, ziehende Schmerzen in den Schienbeinen und oft Durchfall. Der 3. Anfall ist meist recht schwer, hat drei Fiebertage und führt in der Regel den Kranken zum Arzt.

Während der ganzen Dauer der Erkrankung weiß-grau belegte Zunge, Rachenschleimhaut entzündlich gerötet, Skleren leicht iktorisch, Lippen livid, oft leichtes Oedem der Knöchelgegend; Milz immer, oft erheblich, vergrößert, Leber druckempfindlich, Bauchdecken gespannt, Sehnenreflexe lebhaft; fast immer während eines Anfalles, öfters 2—3 mal, Herpes labialis. Urin ergibt stark positive Urochromogenprobe und enthält meist Eiweiß. Leichte Hyperleukozytose und mäßige Vermehrung der Lymphozyten. Hämoglobingehalt immer niedrig (50—60 %). Die Widalsche Reaktion ist — bei den Geimpften — anfänglich erhöht (1 : 800), sinkt zumeist innerhalb von 14 Tagen auf 1 : 100 ab. Die heftigen Schmerzen in den langen Röhrenknochen sind während des Fieberanstieges oft unerträglich und können in unbehandelten Fällen bis zu 2 Monaten anhalten.

Herzstörungen sind häufig; Verbreiterung nach links, Töne dumpf und leise, oft kurzes hystologisches Fauchen an der Herzspitze; Puls meist regelmäßig. Die Temperaturkurve ist in der Mehrzahl der Fälle typisch.

Die rekurrierenden Fieberanfälle, die drei Tage dauern und mit Durchfall einhergehen, legten den Gedanken an afrikanisches Rückfallfieber nahe. Durch Arsen (Neosalvarsan und Solatio Fowleri) wurde sehr günstige Wirkung erzielt. In den Tagen des Fieberanstieges sind im Blutausstrichpräparate gestreckte und gewundene Fädchen (Spirillen?) beobachtet.

Da als erste Ueberträgerin des afrikanischen Rückfallfiebers die Kleiderlaus festgestellt, erscheint die gründliche Entlausung der Truppenteile bei der Bekämpfung dieser Krankheit geboten. Alle eingelieferten Kranken waren stark von Läusen befallen; nach Entlausung wurde eine direkte Uebertragung im Lazarett nie beobachtet. Dr. Roepke-Melsungen.

---

3. Typhus.

Tetragenussepsis nach Typhus abdominalis. Von Dr. A. Welz und Dr. E. Kalle. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 9.

Die Tetragenuskokken haben als saprophytische Begleitbakterien anderer, meist chronisch-infektiöser Erkrankungen, besonders der offenen Tuberkulose, oder als harmlose Mund- und Rachenbewohner in der Pathologie eine mehr untergeordnete Bedeutung. Sie sind bisher nur sehr selten im strömenden Blute nachgewiesen und als Erreger septischer Allgemeininfektionen erkannt worden.

Die Verfasser haben innerhalb kurzer Zeit und an verschiedenen Orten 3 Fälle beobachtet, bei denen das Gemeinsame der Uebergang von Tetragenuskokken ins Blut in der Rekonvaleszenz vom Typhus unter plötzlich anfallsweise auftretendem Fieber war. Die mit Schüttelfrost einhergehenden, stark remittierenden Temperaturschwankungen erweckten den Verdacht der Sepsis. Die kulturellen Blutuntersuchungen ergaben nicht

die beim Typhus häufigeren Mischinfektionen mit Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Bakterium coli oder der Paratyphusgruppe, sondern das rezidivierende schubweise Auftreten des Micrococcus tetragenus.

In einem Falle war das Vorhandensein von reichlich Tetragenus auch im Sputum des Kranken gleichzeitig mit dem Befunde der Kokken im Blute bemerkenswert; dabei fehlten tuberkulöse Veränderungen im Blute. Als Eingangspforte kommt wahrscheinlich die ulzerös veränderte Darmschleimhaut nach der Typhuserkrankung in Betracht.

Der aus Blut-Bouillon und -Peptonwasser nach 24 Stunden Bebrütung angelegte Ausstrich zeigt gefärbt die in charakteristischen Verbänden gelagerten Kokken, vielfach mit einer breiten Kapsel umschlossen. Uebereinstimmend zeigen sie die leichte Färbbarkeit mit allen gebräuchlichen Anilinfarbstoffen, am besten mit Methylenbau, das positive Verhalten nach Gram und ihre Unbeweglichkeit. In flüssigen Medien wachsen die Kokken meist in Tetraden, auf festen Nährböden meist in Staphylokokken-Verbänden, lassen Milch und Lakmusmolke unverändert und vermögen Trauben-, Milch- und Rohrzucker in Bouillon in Agar nicht zu vergären. Indol- und Schwefelwasserstoffbildung wurde nicht beobachtet. Tierversuche fielen nicht immer positiv aus; bei letaler Infektion waren die Kokken in den Organen der geimpften Mäuse überall wieder nachweisbar.

Zeitlich fiel mit der Schüttelfrost- und Sepsisperiode eine eigentümliche Bronzefärbung umschriebener Haut- und Schleimhautpartien auf. Die vorausgehende Typhuserkrankung war in den 3 Fällen verschieden schwer. Die agglutinierenden Typhus-Antikörper waren im Blutserum noch nachweisbar, als die neue Infektion einsetzte und — wie in einem Falle nachgewiesen — zur Bildung von spezifischen, gegen die Tetragenusinfektion gerichteten Agglutininen führte. Therapeutische Versuche mit intravenösen Kollargolinfusionen hatten auf den an sich gutartigen Verlauf keinen deutlich sichtbaren Einfluß. Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Keuchhusten.

Eine neue Behandlungsmethode des Keuchhustens. Von Prof. R. Kraus-Buenos Aires. Deutsche med. Wochenschrift; 1516, Nr. 10.

Die Kontagiosität und das epidemische Auftreten des Keuchhustens stützen die Auffassung der Mehrzahl der Kliniker, daß der Keuchhusten eine Infektionskrankheit und keine Neurose ist. Eine Reihe von Autoren schreibt auf Grund kultureller Untersuchungen dem Bacillus Bordet-Gengon eine ätiologische Rolle zu, während andere die einheitliche Aetiologie ablehnen. Möglicherweise kommt dem Bacillus Bordet-Gengon nur eine sekundäre Bedeutung zu.

Da nach Kraus Eiweißkörper verschiedener nicht spezifischer Art einen Einfluß auf den Verlauf von Infektionskrankheiten haben, suchte er an Stelle des nicht züchtbaren Virus im Sputum selbst das Mittel zur Behandlung des Keuchhustens; er nimmt an, daß im Sputum der hypothetische Erreger sein müsse und zugleich die Eiweißkörper, die die Krankheit beeinflussen.

Sputum von Keuchhustenkindern, das tuberkelbazillenfrei befunden, wird möglichst steril gesammelt, gewaschen, mit Aether versetzt und in Flaschen 3—4 Tage lang auf der Schüttelmaschine geschüttelt. Nachher wird der Aether verdampft und das homogenisierte Sputum, auf Sterilität in Nährböden und Tierkörpern geprüft, in Fläschchen zu 1 ccm gefüllt. Dieses Präparat wird Kindern subkutan in Abständen von 2—3 Tagen in Mengen von 1—3 ccm injiziert.

Nach dem Urteil der Kliniker, die das Präparat in 3 Spitälern angewandt haben, ist das Mittel absolut unschädlich und setzt die Zahl und Dauer der Anfälle herab. Der Charakter der Krankheit ändert sich insofern, als das Erbrechen aufhört, der Auswurf gering, schleimig, der Husten katarrhalisch wird und in sehr vielen Fällen nach 10—14 Tagen aufhört, so daß die Krankheit wesentlich abgekürzt wird. Jedenfalls bessert das Mittel den Keuchhusten in einer Weise, wie es mit keinem anderen medikamentösen Mittel bis heute möglich ist. Dr Roepke-Melsungen.

---

5. Tuberkulose.

Ueber den diagnostischen und prognostischen Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen nebst Beiträgen zur Frage nach der Tuberkulinüberempfindlichkeit. Von G. Bessau und J. Schwenke. Jahrbuch für Kinderheilkunde; 1914, Bd. 79, H. 2.

Die Verfasser haben an 158 Kindern im Alter von 9 Monaten bis 14 Jahren wiederholte intrakutane Injektionen von Kochschen Alttuberkulin in den 8 verschiedenen Verdünnungen 1 : 10000, 1 : 1000, 1 : 100 vorgenommen, um die Steigerung der lokalen Tuberkulinempfindlichkeit zu beobachten. Nach ihren Ergebnissen bedeutet im Kindesalter eine starke lokale Tuberkulinempfindlichkeit (intensive Reaktion bei intrakutaner Verabreichung von 0,1 ccm Tuberkulin 1 : 10000) meist einen aktiven Prozeß. Bei sehr starker Reaktionsfähigkeit ist der Prozeß meist als klinisch günstig zu beurteilen entsprechend der Auffassung, daß die lokale Reaktionsfähigkeit eine Abwehrmaßregel des Organismus (des tuberkulösen R.) bedeutet. Schwache Lokalreaktionen können entweder auf einen progredienten oder anderseits auf einen abgeklungenen Prozeß hindeuten. Hier erweist sich die Wiederholung der Tuberkulinreaktion als besonders wertvoll: Starke Steigerung der lokalen Empfindlichkeit schließt einen aktiv progredienten Prozeß mit sehr großer Wahrscheinlichkeit aus.

Die Frage, ob die Erscheinungsformen der Steigerung der lokalen Tuberkulinempfindlichkeit mit denen der lokalen Serumüberempfindlichkeit eine gemeinschaftliche Genese aufweisen, wird verneint; ebenso die weitere klinisch geprüfte Frage, ob bei der Tuberkulinüberempfindlichkeit die Stärke der intrakutanen lokalen und der durch subkutane Injektion ausgelösten Allgemeinreaktion parallel geht. Dr. Roepke-Melsungen.

Vergleichende Tuberkulinuntersuchungen an Kindern aus tuberkulösen und nichttuberkulösen Familien. Von E. Dethloff-Bergen. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 2, S. 130.

Nach dem Ausfall der Pirquetschen Tuberkuloseprüfungen, die in Bergen an Kindern aus tuberkulösen und nichttuberkulösen Familien vorgenommen wurden, geht die wesentlichste Ansteckung im Kindesalter innerhalb der vier Wände des eigenen Heims vor sich. Die Reinlichkeit im Hause spielt dabei eine sehr große Rolle, denn sämtliche Kinder aus den unreinlichen Häuslichkeiten waren infiziert, während es vorkam, daß keine oder nur die großen Kinder aus den reinlichen Häuslichkeiten angesteckt waren.

Die Milch ist für die Ansteckung ohne Bedeutung: von 60 Kindern unter 4 Jahren aus nichttuberkulösen Familien war keines infiziert, von 67 Kindern aus tuberkulösen Familien 31. 73 Kinder hatten eine tuberkulöse Mutter und 77 einen tuberkulösen Vater; von den Müttern reagierten 60 % positiv, von den Vätern 75 %. Danach scheint die Tuberkulose des Vaters gefährlicher als die der Mutter; das achtlose Spucken der Väter erklärt das vielleicht.

In den Häuslichkeiten mit an offener Tuberkulose leidenden Kindern waren alle anderen Kinder infiziert. Die infizierten Kinder unter 5 Jahren boten sämtlich eine starke Neigung zu Katarrhen im Respirations- und Darmtraktus. Je jünger die Kinder, desto schlechter der Allgemeinzustand. Eine der wichtigsten Forderungen im Kampfe gegen die Tuberkulose ist, die Kinder und besonders die kleinen Kinder aus den tuberkulösen Häuslichkeiten zu entfernen, um sie entweder in gesunden privaten Familien oder in Kinderheimen bis zum 5.—6. Lebensjahr unterzubringen. Dr. Roepke-Melsungen.

Auftreten von Tuberkulose in einem Tale, in welchem bisher ein sicherer Todesfall an Tuberkulose nicht bekannt war. Von Birger Overland. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 2, S. 130.

In einem isolierten Gebirgstale Norwegens, in dem kein Todesfall an Tuberkulose beobachtet war, wurden sämtliche 100 Einwohner mit der Pirquetschen Tuberkulinprobe geprüft: es reagierten 54 % positiv. Klinische Tuberkulose wurde nachgewiesen 1. bei einem 26jährigen Mädchen, das seit der Kindheit an Lupus litt; 2. bei einem 30jährigen Mann mit Ankylose nach Coxitis; 3. bei einem 33jährigen Mann, dem ein Finger wegen Tuberkulose

amputiert war. Wahrscheinlich waren außerdem tuberkulöser Natur 2 Fälle von Abszessen und 1 Fall mit phlyktänulärer Augenkrankheit.

Als Träger und Ueberträger der tuberkulösen Infektion müssen zwei tuberkulöse Lehrer angeschuldigt werden, die „Umgangsschule“ in diesem Kreise gehalten hatten.

Bemerkenswert ist, daß sämtliche Kühe mit Tuberkulin geprüft waren und sämtlich eine negative Reaktion gezeigt hatten. Eine Infektion mit bovinen Bazillen war also bei den positiv reagierenden Bewohnern auszuschließen. Dr. Roepke-Melsungen.

Experimentelle Grundlagen für die Behandlung der Lungentuberkulose mit Röntgenstrahlen. (Aus der Med. Klinik Freiburg i. Br.) Von Priv.-Doz. Dr. Küpferle und Priv.-Doz. Dr. Bacmeister. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 4.

Die Verfasser haben die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die hämatogen und inhalatorisch erzeugte Lungentuberkulose in Tierserien zu erforschen gesucht und über die grundsätzliche Bedeutung und Möglichkeit einer günstigen Einwirkung, über die Art der Technik und die Vermeidung von Schädlichkeiten Erfahrungen gesammelt, die es ermöglichten, diese Therapie mit Erfolg auch beim Menschen anzuwenden. Sie stellten zunächst fest, daß durch Anwendung harter, filtrierter Röntgenstrahlen eine beginnende, experimentell bei Kaninchen gesetzte Lungentuberkulose zu unterdrücken, eine bereits entstandene zu heilen ist. Getroffen wird durch die Röntgenstrahlen das relativ schnell wachsende tuberkulöse Granulationsgewebe, das in Narbengewebe umgewandelt wird, während eine Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Tuberkelbazillen selbst nicht stattfindet.

Zur Erzielung der Heilung ist eine Strahlen-Optimaldosis notwendig. Zu kleine Dosen in langen Pausen haben keinen Einfluß. Sehr große Dosen in schneller Folge ohne genügend große Reaktionspausen schädigen das normale Lungengewebe und rufen Bronchitiden und Bronchopneumonien hervor. Im Tierexperiment sind 20—23 X Oberflächenenergie mit Einschaltung von 3—5 tägigen Reaktionspausen zur Anregung und Beschleunigung des Heilungsvorganges bei experimentell gesetzter hämatogener und Aspirationstuberkulose notwendig. Durch Quarzlampenlicht wurde ein direkter Einfluß auf die experimentelle Lungentuberkulose nicht erzielt.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Erfolge der kombinierten Quarzlicht-Röntgentiefentherapie bei der menschlichen Lungentuberkulose. Von Priv.-Doz. Dr. Bacmeister-St. Blasien. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 4.

Es wurden stationäre, zur Latenz neigende Phthisen ohne Fieber, dann fieberhafte, chronisch progrediente Fälle und endlich Kranke mit schwer destruierenden und käsig-exsudativen Formen (Kavernenbildung) der Röntgentiefenbestrahlung unterworfen; Ergebnis: Die Bestrahlung ist auch kein Allheilmittel für alle Formen der menschlichen Lungentuberkulose. Getroffen wird nur das relativ schnell wachsende tuberkulöse Granulationsgewebe, nicht der Bacillus selbst. Günstig beeinflußt wird also nur die stationäre und die sich chronisch entwickelnde Phthise mit relativ langsamer Ausbreitungstendenz. (Das sind die prognostisch günstigen Fälle, die erfahrungsgemäß auch ohne Röntgenstrahlen zur Heilung kommen! Ref.)

Der kranke Lungenherd wird felderweise (12 : 8, 8 : 8, 5 : 8 cm) bei völliger Abdeckung der Umgebung je zweimal abwechselnd von vorn und von hinten bestrahlt. Die Filterung geschieht durch 3 mm Aluminiumplatten; Dosis 10—15 X, so daß jeder Herd in 4 aufeinanderfolgenden Sitzungen (abwechselnd von vorn und von hinten) 40—60 X erhält. Wöchentlich 2, höchstens 3 Sitzungen.

Besser sind die Erfolge der kombinierten Quarzlampen- und Röntgentiefenbestrahlungen. B. beginnt mit wenigstens 6 Quarzlampenbestrahlungen (wöchentlich 3), dann folgt die Röntgenbestrahlung, wie oben angegeben, und schließlich wird die Behandlung mit 6 Sitzungen unter der künstlichen Höhensonne abgeschlossen.

Die Röntgenbestrahlung ist keine indifferente Methode; falsche Technik,

vor allem Ueberdosierung ist zu vermeiden. Häufig beobachtet man ½ Tag nach der Bestrahlung Unlust, leichte Unruhe, Kopfschmerz, kleine Temperatursteigerungen (Röntgenjammer). Eine Allgemeinkur und Dosierung der Bewegung ist gleichzeitig immer am Platze. Die Strahlenbehandlung der Lungentuberkulose läßt sich nur im Rahmen einer klinisch-diätetischen Allgemeinbehandlung durchführen; sie wird daher weniger Sache der Röntgenologen und Krankenhäuser als der Sanatorien und Heilstätten sein.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Frage nach den Beziehungen des Alkoholismus zur Tuberkulose. Mitteilungen von Prof. J. Orth in der Sitzung der Kgl. Preuß. Akademie der Wissenschaften. Besprochen von C. Hart. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Nr. 3.

Der Alkoholismus schafft sicher disponierende Mißstände (Wohnungselend, schlechte Ernährung) für die Tuberkulose, insbesondere die Lungenschwindsucht. Er fördert also indirekt auf dem Umwege durch soziales Elend die Tuberkuloseerkrankungen. Orth legt auch kein Wort zugunsten des Alkohols ein; er will vielmehr nur den Kampf gegen den Alkohol auf feste wissenschaftliche Grundlage gestellt wissen. Denn die wissenschaftliche Forschung muß feststellen, ob und inwieweit der Alkohol als solcher wirkt oder — nicht wirkt.

Orth beweist im Gegensatz zu Bertillons Kartenskizzen, daß die Häufigkeit der Tuberkulosetodesfälle nicht parallel verläuft der Höhe des Alkohol-, insbesondere des Branntweinverbrauches, auf den Kopf der Bevölkerung berechnet. Auch die stärkere Beteiligung des männlichen Geschlechts an der Tuberkulose beweist nicht, daß der Alkohol die Ursache dafür ist. Daß unter den Tuberkulosetodesfällen eines Jahres bei Personen von 8—40 Jahren die weiblichen Personen überwiegen, spricht dagegen. Endlich hat die experimentelle Forschung keinen direkten Zusammenhang zwischen Alkohol und Tuberkulose einwandsfrei nachweisen können.

Gegen diese erste Mitteilung Orths sind Vorwürfe allgemeiner Art und Einwände erhoben, die von Orth in der zweiten Mitteilung zurückgewiesen werden durch Gegenüberstellung von statistisch gewonnenen Zahlen der pathologischen Anatomie. Er weist nach, daß in den Alkoholgewerben die Tuberkulosesterblichkeit eine durchweg niedrigere ist, als aus den meisten anderen Ursachen. Es ergibt sich ferner, daß die Zahl der Tuberkulösen bei den Säufern mit der bei der Gesamtheit übereinstimmt, daß aber ein wesentlicher Unterschied in der Schwere der Erkrankung zugunsten der Alkoholiker besteht, indem bei diesen nur 13,4 % (gegen 22 % der Allgemeinheit) eine fortschreitende, dagegen 16,1 % (gegen 8 % der Allgemeinheit) eine ruhende und geringfügige Erkrankung darboten. Und noch günstiger als bei der Gesamtheit der Alkoholiker stellen sich die Tuberkuloseverhältnisse bei den an Säuferwahnsinn Gestorbenen; von 78 Deliranten zeigten 60 (d. s. rund 77 %) völlig tuberkulosefreie Atmungsorgane (gegen 70 % der Allgemeinheit), und von den 18 überhaupt mit Tuberkulose Behafteten nur 6 = 7,3 % (gegen 22 %) eine fortschreitende und 12 = 15,6 % (gegen 8 %) eine geringfügige und ruhende Tuberkulose.

Ferner: Jenseits des 40. Lebensjahres standen 144 Alkoholiker (gegen 74); die Mehrzahl der Tuberkulösen unter ihnen (38 = rund 3/5) gehörte dem höheren Lebensalter an. Von den im Alkoholgewerbe beschäftigten Männern waren 83⅓ % (gegen 70 % der Gesamtheit) völlig frei von Tuberkulose, 16⅔ % (gegen 30 %) boten überhaupt nur tuberkulöse Veränderungen und nur 8⅓ (gegen 22 %) eine fortschreitende Tuberkulose. Danach waren die in der Charité in Berlin verstorbenen Gastwirte, die nachweislich Trunkenbolde waren, in bezug auf die Lungentuberkulose weit besser gestellt, als die Gesamtheit der in demselben Krankenhaus verstorbenen Männer über 15 Jahre.

Endlich weist Orth aus Zusammenstellungen nach, daß die Tuberkulosetodesfälle in den letzten 20 Jahren ganz erheblich zurückgegangen sind, bei den Männern im stärkeren Maße als bei den Frauen und ganz besonders stark im 7. Lebensjahrzent, während die Todesfälle an Säuferwahnsinn nicht entfernt eine gleiche Abnahme und gerade für das 7. Lebensjahrzent eine recht beträchtliche Steigerung erfahren haben. Nach allem kommt Orth zu dem Schluß: „Es bleibt also dabei, daß der Nachweis, daß beim Menschen der

Alkoholismus eine große Menge von Männern der Tuberkulose in die Arme führe, in keiner Weise erbracht ist, daß im Gegenteil vieles dafür spricht, daß der Alkohol in bezug auf die Schwindsucht nicht nur nichts schadet, sondern daß die Alkoholiker der Tuberkulose gegenüber günstiger gestellt sind als die Nüchternen."

Eine weitere Mitteilung über die experimentelle Seite der Frage stellt Orth in Aussicht. Dr. Roepke-Melsungen.

6. Lupus.

Tätigkeit der Lupuskommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kriegsjahr 1914. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, H. 3.

Obwohl viele Aerzte und Leiter der Sonderanstalten für Lupuskranke zurzeit im Felde oder im militärischen Dienste stehen, ist die Zahl der von der Lupuskommission vermittelten Heilverfahren für heilungs- und besserungsfähige Lupuskranke gegenüber dem Jahre 1913 nur unerheblich zurückgegangen. Auf Veranlassung der unter Vorsitz des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner arbeitenden Kommission wurden 1909: 10, 1911: 163, 1912: 316, 1913: 395 und 1914: 337 Kranke behandelt und größtenteils geheilt entlassen. Die hierfür von der Kommission aufgewandten Kosten sind in der gleichen Zeit von 2300 M. auf 17—20000 M. gestiegen. Dem Zweck, die Lupuserkrankungen in allen Fällen so früh als möglich zu erkennen und der Behandlung zu unterwerfen, dienen 48 Lupusheilanstalten, die über das ganze Reich verstreut sind, ferner eine 1912 begonnene Zählkartenforschung, durch die bisher 6000 Lupuskranke im Deutschen Reiche ermittelt sind, und die alle 2—3 Jahre stattfindenden Lupus-Ausschußsitzungen, in denen über neue Mittel und Wege der Lupuserkennung und Lupusbehandlung verhandelt wird.

Dr. Roepke-Melsungen.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Wohnungsnot. Von Dr. Wilhelm Feilchenfeld-Berlin-Charlottenburg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin. Jahrgang 24, Nr. 5, 2. März 1916.

Verfasser wünscht, daß für die Arbeiterbevölkerung bessere und billigere Wohnungen beschafft werden; es müßten von den Stadtverwaltungen Häuser mit kleinen Wohnungen gebaut und die Verkehrsmittel nach den Vororten vermehrt werden. In einem Umkreis von mindestens 25—30 km um Groß-Berlin herum müßten Verkehrsverbindungen vorhanden sein, die ermöglichten, in dem genannten Umkreise Wohnungen zu bauen und bequem zu benützen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

2. Abwässerbeseitigung.

Beschreibung der Abwässer-Kläranlage der Tuch- und Flanellfabrik G. Lewin in Göttingen. Von Gewerbeinspektor Bannert und Ingenieur Spanner. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 2—3.

Das im Abwasser noch enthaltene unverseifte Fett wird in eine schaumige Masse verwandelt, die auf den Abwässern schwimmt. Da dieser Schaum, der also einen Teil der Seife und des Fettes enthält, auf mechanischem Wege von der Oberfläche des Abwassers entfernt werden kann, vermeidet man die Ausfällung dieses Fettes und dieser Seife. Der Rest muß natürlich gefällt werden. Das Verhältnis, in dem die Schaumbildung einerseits und die Ausfällung mit Kalk anderseits zur Beseitigung des Fettes und der Seife mit beigetragen hat, konnte nicht genau ermittelt werden. Man wird aber nicht fehl gehen, wenn man annimmt, daß in dem Schaum $^2/_3$ des gesamten Fettes und der Seife enthalten sind und daß nur $^1/_3$ mit Kalk zur Ausfällung gelangt.

Dr. Wolf-Hanau.

Abwässerpflege und Milzbrand. Von Prof. Dr. P. Rohland-Stuttgart. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 24, Nr. 2, 20. Januar 1916.

Bei der Abwässerklärung und -reinigung ist mechanische, chemische und biologische Klärung und Reinigung zu unterscheiden. Klärung und Reinigung sind streng auseinander zu halten. Verfasser bespricht sodann 2 Fälle, in denen Lederfabriken dadurch geschädigt wurden, daß in ihren Abwässern Milzbrandsporen und Bazillen enthalten sein sollten. In dem einen Fall sollte der Röhrenstrang, der zum Durchleiten des Abwassers diente, undicht sein und so eine Milzbrandverseuchung entstehen können. In dem anderen Falle war das im Vorfluter verdünnte Abwasser als Düngemittel für Wiesen verwandt worden und nun sollte evtl. das Heu Milzbrandsporen enthalten. Es gibt jedoch noch so unzählige Fälle, wie die Milzbrandsporen auf jene Aecker gelangt sein können, daß beim Entstehen einer Milzbrandverseuchung keineswegs dem Abgang der Lederfabriken die Schuld ohne weiteres beizumessen sei. Hier können erst gründliche Untersuchungen zum Ziele führen. Im übrigen sei im Chlorkalk und in anderen Substanzen ein leicht anzuwendendes und billiges Mittel vorhanden, um eine Milzbrandverseuchung im Keime zu ersticken.

Dr. Hoffmann-Berlin.

3. Gewerbehygiene.

Zur Frage der Ausscheidung gewerblicher Gifte durch die Atmung. Von Prof. Dr. Rambousek-Prag. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 3.

Es zeigte sich, daß Anilin selbst oder auch als Salz (Sulfat), sei es intravenös oder subkutan oder auch per os gegeben, ungefähr im gleichen Verhältnis und zwar etwa zu 1 % von der gegebenen Menge ausgeatmet wird, wobei die Anilinausscheidung durch die Atmung mehr wie 24 Stunden nach der Darreichung andauert und die ausgeatmete Anilinmenge allmählich abnimmt. Phenol, Blausäure, Schwefelwasserstoff konnten in der Exhalationsluft nicht festgestellt werden, dagegen Phosphor.

Dr. Wolf-Hanau.

Sind die elektrischen Zweizellenbäder ein therapeutischer Heilfaktor bei Bleikranken? Von San.-Rat Dr. Böttrich-Hagen i. W. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 2—3.

1. Die elektrischen Bäder auch in Form der Zweizellenbäder sind seit langem im Gebrauch.
2. Es ist ein Verdienst Olivers, die elektrischen Zweizellenbäder in leicht herstellbare Formen gebracht und zu experimentellen Untersuchungen auf Bleiausscheidung mit denselben angeregt zu haben.
3. Durch die Zweizellenbäder scheint die Ausscheidung von Blei aus dem Organismus gefördert zu werden.
4. Die Zweizellenbäder scheinen keinen nachteiligen Einfluß auf den Organismus oder einzelne Teile desselben auszuüben.
5. Die Anwendung der elektrolytischen Zweizellenbäder empfiehlt sich in allen Fällen, wo Bleierkrankungen oder wo Verdacht auf diese vorliegt, oder bei denen eine Aufnahme von Bleiprodukten nachweisbar ist (Prophylaxe).

Dr. Wolf-Hanau.

4. Schulhygiene.

Aerztliche Erfahrungen an den Schulkindergarten der Städtischen Volksschule zu Dortmund. Von Stadtschularzt Dr. Steinhaus Der Schularzt; 1916, Nr 3.

Die Einrichtung eines Schulkindergartens ist in Dortmund auf Anregung des Verfassers nach dem Vorbild und den günstigen Erfahrungen in Charlottenburg getroffen. Die Kinder werden aus zwei Volksschulen genommen, und zwar aus solchen Lernanfängern ausgewählt, die wegen allgemeiner Körperschwäche noch nicht für schulbesuchsfähig anzusehen sind. Verfasser berichtet über die Erfahrungen, die mit einem solchen Schulkindergarten mit 22 Kindern gemacht wurden. Die Erfolge können als durchaus befriedigend bezeichnet

werden; das Körpergewicht und die Körpergröße zeigten nach Ende des Schuljahres eine erfreuliche Zunahme.

Im Schulkindergarten, der als eine obligatorische Einrichtung gelten soll, werden die Kinder einem Unterricht an leichten Stoffen unterzogen, im übrigen im Freien mit Spielen und dergl. beschäftigt. Mit Rücksicht darauf, daß alljährlich rund 6 Proz. aller schulpflichtig werdenden Kinder noch nicht für schulbesuchsfähig anzusehen sind und für den Schulkindergarten in Betracht kommen, verdient die Einrichtung der Schulkindergärten allgemein eingeführt zu werden. Die Einrichtungskosten betragen etwa 8000 bis 13000 Mark pro Garten und 70 bis 80 Kinder. Gerade in der Jetztzeit, wo es auf die Aufzucht eines gesunden und körperlich kräftigen Nachwuchses ankommt, sollten alle Mittel, die verfügbar sind, angewendet werden.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Erhebungen über die Verbreitung des Schularztwesens in Oesterreich. Von Leo Burgerstein-Wien. Der Schularzt; 1916, Nr. 2.

Diese Erhebungen wurden von Verfasser auf Anregung der Oesterreichischen Gesellschaft für Schulhygiene durch ausgesandte Fragebogen veranstaltet. Der Krieg mit seinen Folgen beeinträchtigt die Vollständigkeit der Ergebnisse. Immerhin ist die Arbeit nicht erfolglos gewesen. Im ganzen wurden die Erwartungen des Verfassers über die Ausbreitung der Schularzteinrichtung in Oesterreich übertroffen. Es werden nur solche Einrichtungen berücksichtigt, bei denen zum mindesten jeder Schüler während seines Schulbesuches einmal allgemein ärztlich untersucht wird, denn Burgerstein legt mit Recht bei der Schularztfrage den größten Wert auf die Schüleruntersuchung mit ihren Folgen wie Raterteilung. — Im Juli 1914 waren in Oesterreich über 27000 Schulen mit über 5 Millionen Schüler vorhanden; den bei weiten größten Teil machen natürlich die niederen Schulen aus (über 24000 Schulen mit über 4½ Millionen Schüler). Von den einzelnen Kronländern steht Schlesien obenan, da hier 14 Proz. der Volksschulen bereits mit Schulärzten versehen sind. Die niedrigsten Ziffern (2 Prozent und darunter) finden sich in Tirol, Niederösterreich, Salzburg u. a. Bei den Mittelschulen ist Niederösterreich an der Spitze. In den Lehrerbildungsanstalten ist wenigstens der Anfang mit der Schularzteinrichtung gemacht. Dagegen ist diese Einrichtung in den Anstalten für gewerbliche Bildung noch recht wenig entwickelt. Verfasser verspricht sich von literarischen Verbreitungen über die Schularzteinrichtungen mancherlei Nutzen und erhofft für sein Heimatland eine weitere Ausbreitung der segensreichen Schularzteinrichtung.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Mitteleuropäische Gemeinschaft für Schulgesundheitspflege. Von Fr. Lorentz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1916, Nr. 3.

Die Bestrebungen von deutscher Seite und den mit Deutschland jetzt im Kriege verbundenen Mächten zur Begründung eines engeren politischen und wirtschaftlichen Zusammenschlusses haben Lorentz angeregt, eine „mitteleuropäische Gemeinschaft für Schulgesundheitspflege“ ins Leben zu rufen. Die „Internationale Gesellschaft für Schulhygiene“ hat, wie er wohl mit Recht bemerkt, für unsere deutsche Schulgesundheitspflege nicht befruchtend gewirkt, dazu kommen die politischen Verhältnisse, Rassenunterschiede usw., die hier hinderlich wirken. Dagegen wird die dauernde Interessengemeinschaft der mitteleuropäischen Bundesstaaten auch für die Erziehung des jugendlichen Nachwuchses manche gleichartige Ziele und Anforderungen stellen, besonders auch in bezug auf die militärische Jugenderziehung.

Wenn es auch noch zu früh ist, die Aufgaben solcher Arbeitsgemeinschaft im einzelnen zu bestimmen, so ist es nach Lorentz sicher schon Zeit, eine Sammlung aller schulhygienisch interessierter Kreise der verbündeten Länder zu gemeinsamer Arbeit anzubahnen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

5. Soziale Hygiene.

Die Bevölkerungsfrage. Von Med.-Rat Dr. Richter-Königsberg i. Pr. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 9.

Billige, gesunde Wohnungen, billige, gesunde Nahrung, Schutz der

Mutterschaft und des Nachwuchses sind die Hauptforderungen in der Bevölkerungsfrage, aus denen sich alles andere von selbst entwickeln wird. Verfasser kommt daher zu der Forderung eines Reichs-Bevölkerungsamts mit Abteilungen für Wohnungspflege (Reichs-Siedlungsamt), für Marktaufsicht (Reichs-Marktamt) und für Pflege des Nachwuchses im weitesten Sinne vom Kinde im Mutterleibe bis zum jugendlichen Arbeiter (Reichs-Jugendamt). Das so für die Volksgesundheit angelegte Kapital ist auch finanztechnisch richtig angelegt und befriedigt ethisch voll; auf ihm liegt keine öde Gleichmacherei. Dr. Roepke-Melsungen.

Der Geschlechtsbruch in der Bevölkerungsstatistik. Von Dr. v. Eyk-Huisen (Holland). Archiv für soziale Hygiene; Bd. 11, H. 3.

Unter Geschlechtsbruch versteht Verfasser das Zahlenverhältnis zwischen der lebenden männlichen und weiblichen Bevölkerung. Die Ursache des Größerwerdens des Geschlechtsverhältnisses bei der Bevölkerung liegt in diesem Jahrhundert in den Fürsorgemaßnahmen, die im Hinblick auf die männliche Bevölkerung genommen worden sind. Dr. Wolf-Hanau.

Ueber den Einfluß der kriegsmäßig veränderten Ernährung. Von F. Sommel-Jena. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 12.

Nach Eltzbacher hat der Kalorienverbrauch des deutschen Volkes um 59 %, der Eiweißverbrauch um 44 % dem physiologischen Bedarf überstiegen. Wie nun der praktische Erfolg der kriegsmäßig veränderten Ernährungsweise ist, sucht L. an bestimmten Menschengruppen festzustellen, und zwar wählte er für die Untersuchungen die Altersklassen, in denen das stärkste Wachstum des Körpers erfolgt, die Säuglingszeit und die Entwicklungszeit.

Es wurden aus den Gewichtszahlen der der Jenenser Poliklinik angegliederten Säuglingsfürsorgestelle Durchschnittwerte berechnet durch Zusammenfassen und Gegenüberstellen der jeweils im 1., 2. bis 12. Monat befindlichen Säuglinge einesteils der Jahre 1913 und 1914, anderenteils des Jahres 1915. Die einzelnen Gruppen waren hinreichend groß, um zuverlässige Mittelwerte zu ergeben. Es zeigte sich bei Brustkindern und bei unnatürlich Ernährten im Jahre 1915 nicht die geringste Veränderung im Wachstum. Mit Normalkurven Camerers verglichen, ergaben die Kurven vor und während des Krieges eine fast vollkommene Uebereinstimmung.

Als Beobachtungsmaterial des Pubertätsalters dienten die jugendlichen Arbeiter und Lehrlinge der Firma Carl Zeiss in Jena, die seit Jahren halb jährlich untersucht werden. Die jungen Leute wurden in Gruppen von 13½-14, 14½ bis 18 Jahren eingeteilt, ihr Gewicht und die Körperlänge festgestell, und die Zahlen zu Ende 1915 in Vergleich gesetzt mit den aus den voraust gegangenen Wägungen berechneten Durchschnittswerten. Es zeigte sich dabei daß die Gruppe der 15½jährigen den früheren Durchschnitt an Körpergewicht, überragte, während alle anderen Gruppen etwas dahinter zurückblieben. Der Unterschied ist aber bei den 16, 16½ und 17jährigen so gering, daß er vernachlässigt werden kann. Nur die 14½ und 15jährigen waren erheblicher zurückgeblieben; sie gehörten aber von vornherein einem stark untergewichtigen Jahrgang an und hatten im Laufe des 2. Halbjahres 1915 einen recht günstigen Zuwachs erzielt.

Alle jungen Leute hatten eine um 25 % verlängerte Arbeitszeit, teilweise Nachtschichten. Wenn trotz dieser erhöhten Leistung wesentliche Gewichtsunterschiede fehlen und der allgemeine Eindruck der Untersuchten keine Anzeichen einer Verchlechterung gegen früher erkennen läßt, so kann der Schluß gezogen werden, daß die veränderte Ernährung bis jetzt (Ende 1915) zu keiner Schädigung der untersuchten Bevölkerungsklasse geführt hat. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Ernährung der Kopfarbeiter. Von Dr. Hindhede, Direktor des Laboratoriums für Ernährungsuntersuchungen in Kopenhagen. Berechtigte Uebersetzung von Gertrud Bauer. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrg. 24, Nr. 2, 20. Januar 1916.

Verfasser meint, daß die Forderung von Cohnheim als Eiweißminimum

für den Kopfarbeiter 100 g zu rechnen, veraltet sei, er rechnet die Hälfte, also 50 g. Die Versuche haben gezeigt, daß sogar mit noch erheblich weniger auszukommen ist. Bei diesen Versuchen bestand die Nahrung hauptsächlich aus Kartoffeln. H. betont ausdrücklich, daß Fleisch-, Kartoffel- und Brot-Eiweiß ganz denselben Nährwert haben; Brot und Kartoffeln seien deshalb von eminenter Bedeutung, und es sei gefährlich, die Menge dieser Nahrungsmittel herabzusetzen, viel eher könne die Fleischnahrung, speziell Schweinefleisch, vermindert werden. Wenn in schwerer Zeit nicht Nahrung genug vorhanden sei, dann müsse für die Mästung eines Schweines 1,7 Mann hungern; der Schweinebestand müsse daher herabgesetzt und darauf gedrungen werden, mehr Brot und Kartoffeln zu essen. Dieses müsse zur Ueberzeugung des Volkes werden, das bis jetzt verblendet sei durch ein Menschenalter des Irrtums. Deutschland sei sich klar darüber, daß es gegen viele Großmächte zu kämpfen habe, aber es sei sich noch lange nicht klar genug darüber, daß es auch noch mit einer anderen Großmacht kämpfe, die vielleicht gefährlicher sei als alle anderen, nämlich — gegen das deutsche Schwein. — Ob wirklich unsere Ernährung so unzweckmäßig gewesen ist?! Dr. Hoffmann-Berlin.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Der dem Reichstage vorgelegte neue **Haushalt für das Jahr 1916** bringt auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens gegenüber dem Vorjahre wenig Aenderungen. Dies gilt insbesondere vom **Gesundheitsamte,** dessen ordentliche Ausgaben sich nur durch den Mehrbedarf an Gehältern (infolge höheren Dienstalters) etwas höher stellen: 934 505 gegen 926 158 Mark im Jahre 1915. Erfreulicherweise sind jedoch wiederum unter den einzelnen Ausgaben des Reichsamts des Innern 165 000 M. für die Bekämpfung des Typhus, 10 000 M. für Versuche zur weiteren Erforschung der Pocken, 100 000 M. zu den Unterhaltungskosten einer Anstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich sowie 150 000 M. für die Förderung der Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose vorgesehen; desgleichen 5 Mill. M. für die Förderung der Herstellung geeigneter Kleinwohnungen für Arbeiter und gering besoldete Beamte. Hierzu hat der Wohnungsausschuß des Reichstages beschlossen, die verbündeten Regierungen zu ersuchen, im nächsten Reichshaushalt diesen Betrag zur Förderung des Kleinwohnungsbaus („Reichswohnungsfürsorgefonds") auf 10 Millionen Mark zu erhöhen und außerdem als regelmäßige Ausgabe einen Betrag von 30 000 M. einzusetzen zur Unterstützung derjenigen Vereinigungen, die die allgemeine Förderung des Kleinwohnungswesens bezwecken. Endlich wird von dem Wohnungsausschuß noch eine Ergänzung des Gesetzes vom 10. Juni 1914, betr. Bürgschaften des Reiches zur Förderung des Baues von Kleinwohnungen, angestrebt, wodurch die Wirkungen dieses Gesetzes vor allem auch den Kriegsteilnehmern und deren Hinterbliebenen zugute kommen sollen. Danach soll der Reichskanzler die Ermächtigung erhalten, zur Förderung der Herstellung von geeigneten Kleinwohnungen für Darlehen an Gemeinden, Kommunalverbände und gemeinnützige Unternehmungen Bürgschaften bis zum Gesamtbetrag von 250 Millionen Mark zu übernehmen. — Es ist jedoch fraglich, ob der Reichstag und später der Bundesrat diesem Vorschlage seine Zustimmung erteilen wird.

Dem Reichstag ist jetzt auch der Gesetzentwurf, betreffend **Herabsetzung der Altersgrenze für die Leistung der Altersrente vom 70. auf das 65. Lebensjahr** vorgelegt. Die wichtigsten Bestimmungen des Entwurfes lauten:

Artikel 1.

Die §§ 1257, 1292, 1392, 1397 der Reichsversicherungsordnung erhalten die folgende Fassung:

§ 1257. Altersrente erhält der Versicherte vom vollendeten fünfundsechzigsten Lebensjahr an, auch wenn er noch nicht invalide ist.

§ 1292. Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt

bei Witwen- und Witwerrenten drei Zehntel,

bei Waisenrenten für eine Waise drei Zwanzigstel, für jede weitere ein Zwanzigstel

des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte.

§ 1392. Bis auf weiteres wird als Wochenbeitrag erhoben in Lohnklasse I: 18, II: 26, III: 34, IV: 42, V: 50 Pfennig.[1])

Artikel 4.

Die Vorschriften dieses Gesetzes treten bezüglich der §§ 1392, 1397 mit dem 1. Januar 1916 in Kraft.

Ueber die **Steuerpflicht der der Heeresverwaltung vertraglich verpflichteten Zivilärzte** ist auf den Antrag des Reichstages vom 26. August 1915, in dem um Steuerfreiheit dieser Aerzte ersucht wird, jetzt folgender Bescheid des Bundesrats ergangen:

„Die Zugehörigkeit zum aktiven Heere (§ 38 Reichsmilitärgesetz) hat ein öffentlich-rechtliches Verhältnis der betreffenden Personen zum Heere zur Voraussetzung. Das ist bei den auf Grund eines privatrechtlichen Dienstvertrages angenommenen Zivilärzten nicht der Fall. Aus den Materialien zum Reichsmilitärgesetz und aus der Betrachtung des § 38 A 1 und B 1 des Reichsmilitärgesetzes ergibt sich, daß mit den Aerzten unter B Ziffer 2 a. a. O. inaktive, für Kriegsdauer wieder angestellte Sanitätsoffiziere gemeint sind.

Wegen der Rückwirkung auf andere von der Heeresverwaltung privatrechtlich angenommene Personen ist eine Aenderung des Reichsmilitärgesetzes zugunsten der vertraglich verpflichteten Zivilärzte nicht angängig. Da die Steuerfreiheit vom Militäreinkommen im Falle einer Mobilmachung nach § 46 Abs. 2 des Reichsmilitärgesetzes nur den aktiven Heeresangehörigen (§ 38) zusteht, kommt sie auf den Grund eines privatrechtlichen Vertrages von der Heeresverwaltung angenommenen Aerzten nicht zu. In diesem Sinne hat der Preußische Finanzminister bereits am 19. April 1915 einen Erlaß an die Steuerbehörden ergehen lassen. Den bei der fechtenden Truppe einschließlich Sanitätskompagnien tätigen Vertragsärzten ist eine zweite Ausrüstungsentschädigung entsprechend dem zweiten Mobilmachungsgelde gewährt worden.“

Um eine möglichst gleichmäßige **Ernährung der Bevölkerung mit Fleisch** sicherzustellen, ist man jetzt vielerorts zur Ausgabe von **Fleischkarten** übergegangen. In den süddeutschen Staaten ist diese fast überall für den ganzen betreffenden Bundesstaat eingeführt, in Württemberg seit dem 17. April. Danach erhält jede Person (mit Ausnahme der Kinder bis zu 6 Jahren, die nur die Hälfte erhalten) Karten für 160 g Fleisch (mit angewachsenen Knochen), auch Wild und Geflügel, Wurst usw. für den Tag unter Ausschluß der beiden fleischlosen Tage. Bis zum 17. April dürfen Dauerfleischwaren, Schinken und Dauerwurstwaren nur noch im Aufschnitt verabfolgt werden; der Verkauf von Fleischkonserven ist in dieser Zeit überhaupt verboten. Außerdem ist auch bestimmt, daß bei der Zumessung von Fleischkarten die vorhandenen Vorräte zu berücksichtigen sind. In den anderen süddeutschen Bundesstaaten ist die Tagesportion meist auf 150 g festgesetzt.

Die Gesundbeterei und christliche Wissenschaft vor dem Reichsgericht. Der bekannte Prozeß gegen die Gesundbeterinnen Hüsgen und Ahrens, der im November v. Js. in der Strafkammer des Landgerichts III in Berlin spielte und zu ihrer Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung der Schauspielerinnen Butze und v. Arnold führte,[2]) hat jetzt vor dem Reichsgericht seinen Abschluß gefunden. Der höchste Gerichtshof hat sich der Entscheidung des Landgerichts angeschlossen und die dagegen erhobene Revision durch Urteil vom 14. d. M. verworfen (s. die Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zur heutigen Nummer der Zeitschrift, S. 41).

Nachruf. Leider ist wieder einer unserer jüngeren Medizinalbeamten, Kreisarzt Dr. **Fehrs**-Czarnikau, infolge einer im Felde zugezogenen Infektion mit Flecktyphus gestorben. Er hatte den ganzen Feldzug bisher als Stabs-

---

[1]) Die Erhöhung des Wochenbeitrages beträgt gegen früher 2 Pfg.

[2]) S. Bericht darüber in Nr. 15 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1915, S. 725/726.

arzt d. Res. mitgemacht, sich das Eiserne Kreuz II. Klasse erworben und zuletzt die ebenso ehren- wie verantwortungsvolle Stellung eines beratenden Hygienikers bei einem Reserve-Korps eingenommen. Hier ist er in Ausübung seines Berufes am 29. v. M. an Flecktyphus erkrankt und schon am 2. d. M. der tückischen Krankheit zum Opfer gefallen. Ehre seinem Andenken!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Ritterkreuz des Ordens der Württembergischen Krone mit Schwertern: Oberstabsarzt d. L. Ob.-Med.-Rat Dr. Kohlhaas-Stuttgart.

Das Großherzogl. Oldenburgische Friedrich August-Kreuz I. Klasse: Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Willms-Kirchweihe bei Bremen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Oberarzt d. Res. Dr. Ellern-Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. Res. Kreisarzt Dr. **Fehrs**-Czarnikau, beratender Korps-Hygieniker (gestorben infolge von Flecktyphus).
Oberstabsarzt d. L. Dr. E. Fischer-Euskirchen (infolge von Krankheit gestorben).
Feldunterarzt Hans Heck-Neckarsulm (Württemberg).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Richard Jeremias-Dresden.
Feldarzt Dr. Paul Kruschewsky-Sellin (Rügen).
Assistenzarzt Dr. Friedrich Masling-Münster i. W.
Feldarzt E. Müller-Marburg.
Feldunterarzt W. Poland-Ebergötzen.
Stabsarzt Prof. Dr. P. Roemer-Halle a. S., Korpshygieniker im Osten (infolge von Fleckfieber gestorben).
Feldarzt Dr. Karl Schink-Gleiwitz i. Oberschles.
Stabsarzt d. Res. Dr. Waldow-Laage (Mecklenburg-Schwerin) infolge von Krankheit gestorben).

Cholera. In Oesterreich sind vom 5. bis 18. März in Dalmatien 3 (3) Erkrankungen (Todesfälle) vorgekommen; in Ungarn vom 20. bis 26. März: 1 (—); in Bosnien und Herzegowina vom 5. bis 18. März: — (—), 1 (—).

Fleckfieber. Im Deutschen Reich sind in den Wochen vom 26. März bis 8. April 5 (—) und 3 (3) Erkrankungen (Todesfälle) unter Kriegsgefangenen amtlich gemeldet; in Ungarn vom 6. bis 12. März: 12 (5).

Pocken. Im Deutschen Reich sind vom 26. März bis 8. April 16 (1) und 5 (1) gemeldet, davon 14 (1) im Reg.-Bez. Minden und 4 (1) im Reg.-Bezirk Bromberg.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 27. Februar bis 25. März 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Aussatz, Trichinose: — (—), — (—); Rotz: 1 (—), — (—), — (—), — (—); Pocken: 6 (—), 15 (—), 37 (4), 26 (1); Tollwut: 4 (2), 1 (1), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 11 (—), 17 (—), 31 (—); Milzbrand: 2 (1), — (—), — (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 133 (20), 118 (20), 156 (18), 205 (13); Ruhr: 34 (4), 27 (1), 58 (3), 55 (—); Diphtherie: 2687 (251), 2691 (225), 2744 (181), 2522 (182); Scharlach: 1775 (86), 1753 (85), 1885 (76), 1609 (95); Kindbettfieber: 72 (23), 65 (21), 77 (21), 89 (29); Genickstarre: 25 (11), 32 (9), 24 (12), 36 (10); spinaler Kinderlähmung: 3 (1), — (—), — (—), — (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 2 (—), 4 (1), 1 (—), 3 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 56, 30, 210, 55; Tuberkulose (gestorben): 937, 951, 1084, 884.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 9. Ausgegeben am 5. Mai. 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 9.

INHALT.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **C. F Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof** über „Jodferratose" bei, worauf wir noch besonders aufmerksam machen.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Medizinalbeamten Dr. Franke in Dresden, ständiger Hilfsarbeiter beim Landes-Gesundheitsamte.

(Fortsetzung der Personalien auf Seite 6 des Umschlags.)

Ernannt: [1]) Kreisassistenzarzt Dr. Leonhard in Saarbrücken[2]) zum Kreisarzt in Daun.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Windheuser in Daun in gleicher Eigenschaft in dem Kreisarztbezirk Höchst a. M., der Prof. Dr. Hofmann in Königsberg i. Pr. in gleicher Eigenschaft in die medezinische Fakultät der Universität Marburg.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Bruhn, Kreisarzt in Segeberg, Kreisarzt Dr. Leonhard-Daun (in Feindesland an Flecktyphus gestorben).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Bezirksarztes: dem ärztlichen Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern Dr. Otto Walcher in München.

---

[1]) In voriger Nummer der Zeitschrift war irrtümlich angegeben, daß Kreiassistenzarzt Dr. Halbey zum Kreisarzt in Daun ernannt sei, er ist zum Kreisarzt des Kreises Pleß ernannt; außerdem fehlt hier bei der Ernennung des Kreisassistenzarztes Dr. Rehberg zum Kreisarzt des Kreises Schweinitz der Zusatz „mit Anweisung seines Wohnsitzes in Herzberg a. d. Elbe“.

[2]) Inzwischen verstorben.

29. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. | 1916.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 9. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Mai.

Ein eigenartiger Unglücksfall eines Säuglings in einer Anstalt.

Von Prof. Dr. Leo Langstein, Direktor des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses in Charlottenburg.

Ein eigenartiger Unfall, der infolge der Verkettung unglücklicher Umstände einem 8 Monate alten Kinde durch Strangulation das Leben kostete, ereignete sich auf einer unserer Stationen am 23. Dezember 1915. Da die Schuld an diesem Unglück in letzter Linie allein auf die ungeeignete Konstruktion eines nicht nur bei uns vielfach verwendeten Kinderbettes zurückgeführt werden muß, erscheint es uns im Interesse des Säuglingsschutzes in geschlossenen Anstalten notwendig, den Sachverhalt einem weiteren Aerztekreise vorzulegen.

Im Kaiserin Auguste Victoria-Hause sind verschiedene Systeme von Säuglingsbetten in Anwendung. Das in Betracht kommende Bett gehört zu den alten Modellen, die bei der Gründung der Anstalt angeschafft wurden. — Die aus Abbildung 1 ersichtliche Vorrichtung mit dem herunterklappbaren Seitengitter schien den Forderungen: dem Kinde sicheren Schutz

zu gewähren und Arbeitsleistung, Zeitverlust, sowie Raumbehinderung bei der Wartung auf ein Mindestmaß zu beschränken, vollauf Genüge zu leisten. Die beweglichen Seitengitter sind oben an 2 Ringen zu beiden Enden des Bettes in einer Führung aufgehängt, unten stützen sie sich auf zwei breite Haken, die sie an das Bett fixieren. — Will man das Bettchen aufmachen, so hebt man das Gitter nach außen und oben, bis die Ringe an der höchsten Stelle der Führung sich befinden und die untere Stange aus den Haken herausgetreten ist; bei leichtem Zug nach außen gleitet nun das Gitter der Führung entlang herunter. Beim Schließen des Bettchens muß das Gitter wieder in die Haken gestellt werden. Wird das nicht beachtet, so hängt es frei und kann vom Kinde jederzeit mit Leichtigkeit beiseite geschoben werden (s. Abbildung 2). Aus Abbildung 3 ist ohne weiteres zu ersehen, daß es bei nur flüchtigem Blick dem Personal leicht entgehen kann, ob das Seitengitter richtig in den Haken sitzt, oder ob es außerhalb derselben hängt.

Das Kind B. war im Spätsommer wegen „Bronchitis und Nichtgedeihens" in unsere Anstalt eingewiesen worden und hatte sich Ende Dezember soweit erholt, daß es auf die Abteilung für gesunde Pflegekinder verlegt werden konnte. Es befand sich auf jener Station seit einigen Tagen, als das Unglück sich ereignete. Es war damals 8 Monate alt und wog 6150 g. Der besonders lebhafte Knabe strampelte sich mehrmals täglich los, so daß er öfters von allen Windeln befreit, nur im Bettjäckchen quer auf seiner Decke liegend, gefunden wurde.

Ich lasse nun einen Auszug aus der Krankengeschichte folgen:

Abends 6 Uhr wurde das Kind von einer Mutter gefüttert; zum Schlafen vorbereitet wurde es dann von Schwester H. G. gegen 7 Uhr. Das Kind lag vorschriftsmäßig unter seinem Bettgürtel. Um 8 Uhr wurde das Kind noch von Schwester H. G. ruhig schlafend im Bett vorgefunden. Zwischen 9 und 9½ Uhr kam dann die Nachtschwester M. U. in das Zimmer, um einem anderen Kinde, dessen Bettchen in der gleichen Reihe mit dem des Kindes B., aber am anderen Ende stand, die Flasche zu geben. Die Schwester überblickte während der Fütterung die Bettreihe und sah, daß B's Bett leer war. Sie ging gleich an das Bett. Die obere Bettdecke war in ihrer richtigen Lage. Nach Hochheben derselben zeigte sich, daß die untere Bettdecke zwar etwas verschoben war, aber noch unter dem Bettgürtel steckte und von ihm festgehalten wurde. Unter dem Bettgürtel sahen Windelzipfel heraus. Das Kind lag nicht im Bett. Als die Schwester die gegen Zugluft vorgestellte Boxenwand beiseite schob, fand sie das Kind am Jackenbändchen aufgehängt tot jenseits des Gitters hängend vor. Die sogleich nach Abnahme des Kindes vorgenommenen Widerbelebungsversuche, die vom diensthabenden Arzt fortgesetzt wurden, blieben leider erfolglos. Es muß dem kräftigen Kinde gelungen sein, den Mechanismus des dem Fenster zugekehrten Bett-

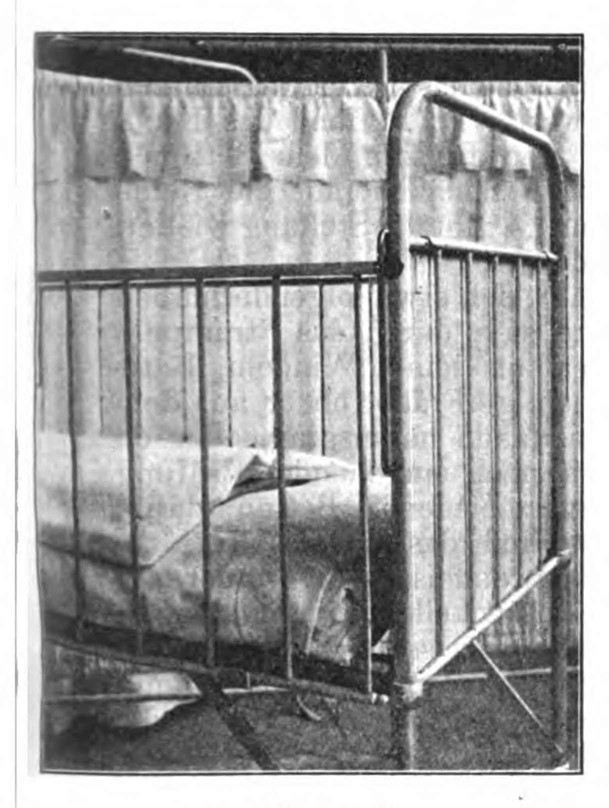


Abbildung 1.

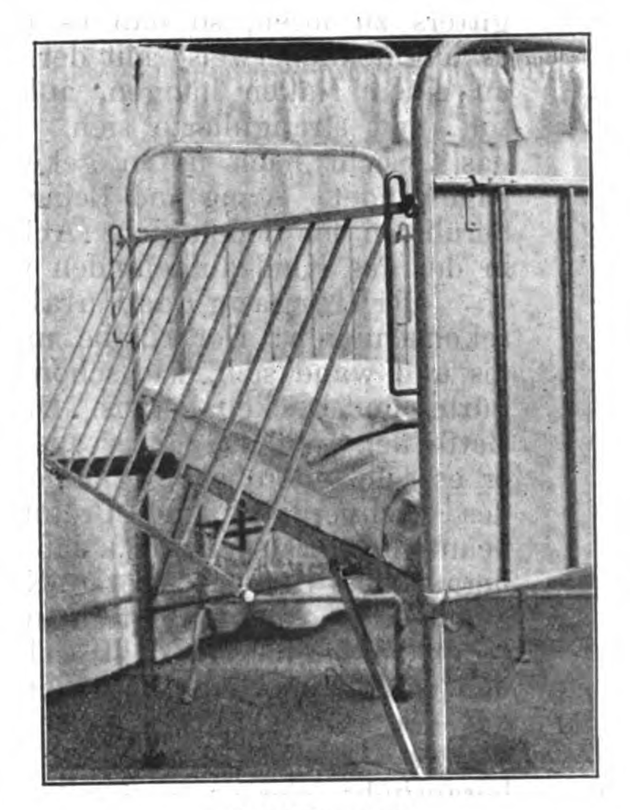


Abbildung 2.



Abbildung 3.

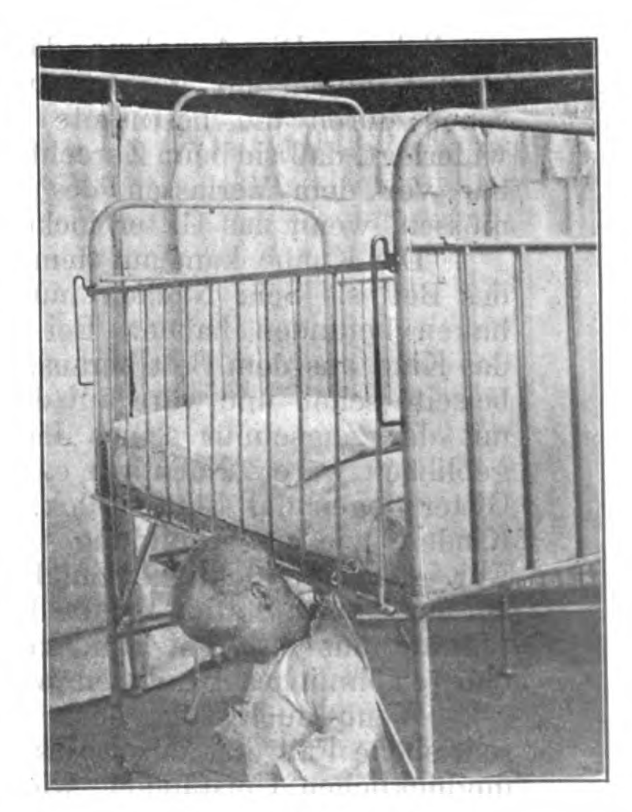


Abbildung 4.

gitters zu lösen, so daß es herausfallen konnte. Dabei blieb es unglücklicherweise mit der Zugschnur seines Nachtjäckchens an einem Haken hängen, auf dem sich das Bettgitter stützen soll, und strangulierte sich. Schwester M. P. fand das Kind, das Gesicht nach unten gekehrt, den Rücken dem Bettchen zugewendet. Arme und Beine hingen schlaff herab; die Beine berührten den Boden nicht (Abbildung 4 gibt die Stellung wieder, in der das Kind aufgefunden wurde).

Der Hergang des Unfalls läßt sich etwa folgendermaßen rekonstruieren: Der Knabe machte sich durch das Strampeln los und wand sich, wie schon öfter, aus seinen Windeln, Bettgürtel und Decken heraus. Die wichtige Frage, ob er aus dem Bette fiel, weil das Gitter aus dem Haken herausging, oder ob er es selbst heraushob, glauben wir nach eingehender Prüfung des Sachverhalts und Prüfung verschiedener Betten dahin beantworten zu müssen, daß das Kind das Gitter selbsttätig heraushob. Der dazu nötige Kraftaufwand ist nicht immer der gleiche, da es auf Richtung und Ansatzstelle der stemmenden Kraft ankommt. Es läßt sich beispielsweise leicht vorstellen, daß der Knabe, nahe dem Bettrande auf dem Rücken liegend, mit den Füßchen wiederholt stoßende Bewegungen gegen die Stangen des Gitters ausführte und dieses dabei aus den Haken heraushob; oder er stieß mit dem Rücken mehrmals gegen das Gitter und stemmte es auf diese Weise heraus. — Die Auslösung dieses Mechanismus durch ein kräftiges Kind ist nach unserer Feststellung bei sämtlichen Betten dieses Systems möglich. — Die Annahme, daß das Gitter vom Personal nicht richtig eingehängt gewesen wäre, wird unter anderem auch schon durch die bestimmte Annahme der Schwester H. G. widerlegt, daß sie beim Zurechtstreichen der Bettdecke, unmittelbar vor dem Verlassen des Saales, unbedingt hätte fühlen müssen, wenn das Gitter locker gehängt wäre.

Der Knabe kam auf dem Rücken liegend bis an den Rand des Bettes. Sein Nacken muß sich gerade über dem Gitterhaken befunden haben. Bei einer weiteren Bewegung kippte das Kind aus dem Bett heraus, indem es das freihängende Gitter beiseite schob und wäre auf den Boden gefallen, wenn es nicht mit der Zugschnur seines Jäckchens am Gitterhaken hängen geblieben wäre. Nachdem es das Kind durchgelassen, fiel das Gitter gegen das Bett zurück, so daß der Kopf des hängenden Kindes, wie aus Abbildung 4 hervorgeht, außerhalb desselben war. — Ein unglücklicher Zufall wollte es, daß einige Tage vorher auf der ganzen Station für die Jäckchen versuchsweise neue Zugschnüre aus festerem Bandmaterial eingeführt worden waren; ein gewöhnliches Bändchen wäre sicher zerrissen worden.

Wenn auch zugegeben werden muß, daß der eben beschriebene Fall erst durch das Zusammenwirken von besonders unglücklichen Umständen, wie es unter tausenden von Fällen kaum je einmal vorkommen wird, zustande kam, so muß doch anderseits festgestellt werden, daß er ohne die ungünstige

Konstruktion des Bettes vermieden worden wäre. — Für die in unserer Anstalt noch in Gebrauch stehenden Betten ist sogleich eine Abänderung, die das leichte Aushängen der Seitengitter unmöglich macht, angeordnet worden. — Wir haben außerdem der Firma, die die Betten hergestellt hat, von dem Fall Mitteilung gemacht, damit das betreffende Modell die nötigen Abänderungen erfahre, die das Vorkommen eines weiteren derartigen Unglücksfalles unmöglich machen.

Eine Vergiftung mit übermangansaurem Kali.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Racine, Kreisarzt in Essen-Ruhr.

So vielfach das übermangansaure Kali in der Technik und in der Medizin auch angewendet wird, so selten hört man von Vergiftungen, die es hervorruft, so daß man fast völlig vergißt, es mit einem Gifte zu tun zu haben. In der Literatur des letzten Jahrzehnts sind nach Kobert[1]) nur zwei Fälle von schwerer Vergiftung durch Kaliumpermanganat verzeichnet. Der eine Fall wird aus Dorpat von Thomson berichtet und betrifft einen jungen Mann, der 15—20 ccm einer offenbar gesättigten und mit Kristallen vermischten Lösung des Mittels getrunken hatte und nach 6 Stunden starb; der andere von Box in England beobachtete Fall betraf eine Trinkerin, die eine handvoll Kaliumpermanganat in Bier aufgelöst getrunken hatte und schon 35 Minuten darauf starb. Ueber einen dritten, glücklicherweise nicht so tragisch verlaufenen Fall erlaube ich mir im folgenden zu berichten.

Am 31. Oktober 1915 wurde das $1^3/_4$ Jahr alte Kind Georg H. abends $7^3/_4$ h. in das hiesige evangelische Krankenhaus „Huyssens-Stiftung" eingeliefert. Die Mutter gab an, das Kind sei um 7 Uhr zu Bett gebracht worden. Unmittelbar darauf wurde man durch das Schreien des Kindes aufmerksam; man fand es mit geschwärztem Gesicht, in den Händen ein Fläschchen haltend, in dem früher Formamint-Tabletten gewesen waren und das jetzt, mit Kaliumpermanganat-Kristallen gefüllt, in unmittelbarer Nähe des Kindes auf dem Nachttisch gestanden hatte. Das Kindchen hatte das Fläschchen ergriffen, den festsitzenden Stopfen mit den Zähnchen entfernt und die Kristalle in den Mund gesteckt. Die Menge des genossenen Kalium ließ sich nicht genau bestimmen, da der Rest verschüttet war.

Das Kind bot einen höchst auffallenden Anblick dar: Zunge und Lippen waren tiefschwarz gefärbt und stark geschwollen, so daß die braungefärbten Zähnchen sichtbar waren. Kinn, beide Backen und Nase gebräunt. (Das Kind hatte offenbar, als es Schmerzen an der Zunge und den Lippen bekam, die Mundflüssigkeit mit den Händchen im Gesicht herumgewischt, da auch die Händchen braun gefärbt waren.) Auch an der

---

[1]) Lehrbuch der Intoxikationen; II. Bd., S. 415.

linken Skleral-Bindehaut nasenwärts eine bräunliche Verfärbung. Aus der Nase reichlicher Fluß des braunrot gefärbten Sekrets. Atmung frei, keine Stenose-Erscheinungen. Lungen und Herz ohne Befund. Leib weich, nirgends Bauchdeckenspannung.

Es gelang noch, eine dünne Schlundsonde durch den verschwollenen Mund zu bringen und den Magen auszuspülen. Es entleerten sich reichlich Luft und Reste einer Milch-Hafergrütze-Mahlzeit, die leicht braun verfärbt waren und reichliche verfärbte Kristalle von übermangansaurem Kalium enthielten. Aus der Menge der Kristalle ließ sich die aufgenommene Menge auf etwa 10 g schätzen.

Krankheitsverlauf nach der Krankengeschichte:

1. November: Die Schwellung des Mundes und Rachens hat noch zugenommen. In der Nacht Atembeschwerden, die auch heute morgen anhalten. Das Kind sitzt aufrecht und atmet schwer, aber kein eigentliches Stenose-Geräusch. Kein Schlaf. Verhalten im allgemeinen stark apathisch. Innere Organe ohne Befund. Temperatur (rektal) morgens: 39,0; Puls: 172 in der Minute. Ernährungsaufnahme verweigert. Urin sehr hoch gestellt; spez. Gewicht 1035, kein Eiweiß, kein Zucker, sehr große Mengen Sediment. lateritium. Mikroskopisch nur harnsaure Kristalle und harnsaure Salze, keine Zylinder, keine Epithelien. Abendtemperatur: 38,7, Puls: 160. Urin: Tagesmenge nur 180 ccm.

2. November: Die Atemnot hat abgenommen, im übrigen unveränderter Befund. Das Kind liegt meist apathisch im Bett, nur wenn man ihm Milch oder Haferschleim anbietet, wehrt es energisch und laut weinend alles ab. Temperatur morgens: 38,2, Puls: 150; abends: 38,8; Puls: 140. Stuhlgang bisher nicht erfolgt. 60 ccm reine dünne Seifenlösung als Reinigungsklistier. Nährklistier: 150 g Milch, 5 g Mehl, 1 g Salz, 1 Teelöffel Rotwein, 1 Ei.

Die Händchen und das Gesicht (nicht die Schleimhäute) werden mit schwefliger Säure in wässeriger Lösung vorsichtig abgewaschen; bis auf einige tiefer verätzter Stellen geht die Verfärbung durch einmalige Abwaschung ab. Urin-Tagesmenge: 150 ccm; Stuhl breiig, dunkelbraun.

3. November: Zustand unverändert. Temperatur: morgens 38,3, abends: 38,9; Puls morgens und abends: 140. Das Kind trinkt heute 300 ccm dünnen Haferschleim mit Himbeersaft. Urin-Tagesmenge: 200 ccm; Stuhl breiig, braun.

4. November: Das Kind wird etwas lebhafter, es schreit häufiger. Die Verfärbung der linken Sklera ist verschwunden, ohne eine Wunde zu hinterlassen. Die Zunge beginnt sich durch Abstoßen der Schleimhaut zu reinigen; sie ist ziemlich abgeschwollen. Das beständig fließende Nasensekret ist nur noch wenig bräunlich verfärbt. Innere Organe ohne Befund; Stuhl braun, breiig. Per os 500 ccm Milch. Temperatur: morgens: 37,9, abends: 38,2; Puls: morgens: 130, abends: 140.

5. November: Das Kind wird recht ungebärdig; es schreit, sobald man es anfaßt. Die Zunge ist vollkommen abgeschwollen und fast sauber, auch die Lippen beginnen sich zu reinigen. Per os 1000 g Milch. Sträuben gegen feste Speisen (Brei, Gemüse, Kompott etc.). Temperatur: morgens: 37,9, abends: 38,5. Puls: morgens: 125, abends: 110. Urin-Tagesmenge: 200 ccm, ohne Eiweiß und Zucker, fast klar. Stuhl braun, breiig.

6. November: Die Haut des Gesichtes ist ziemlich spröde und zeigt stellenweise kleine Risse der Hornschicht; die Lippen haben sich gereinigt. Per os 750 ccm Milch. Temperatur: morgens: 37,8, abends: 37,5. Puls: morgens: 128, abends: 130. Atmung ruhig, am Herzen kein Geräusch, Urin-Tagesmenge: 250 ccm, Stuhl breiig, dunkelgelb.

7. November: Die Haut der Backen ist noch rissiger und spröder als gestern, aber vollkommen gereinigt. Sonst keine Besonderheiten. Einfetten mit Vaselin. Temperatur: morgens: 37,5, abends: 37,7.

8. November: Puls abends beschleunigt: 140. Temperatur: morgens: 37,4, abends: 37,6.

9. November: Heute zum erstenmal etwas Griesbrei und Apfelmus. Temperatur: morgens: 37,3, abends: 37,6; Puls: morgens: 140, abends: 136. Urin klar, Menge 400 ccm.

10. November: Puls: 130; Temperatur: 37,3. Keine Besonderheiten. Benehmen etwas launenhaft. Urinmenge: 650 ccm, klar.

In den nächsten Tagen fortschreitendes Wohlbefinden, so daß das Kind am 13. November entlassen werden konnte. Bei der Entlassung war der Urin klar, ohne fremde Bestandteile; die inneren Organe waren ohne Befund. Die Schleimhaut-Wunden der Nase, des Mundes und des Rachens waren vollkommen verheilt; ebenso war der Rachenkatarrh geheilt. Die Haut des Gesichts war weich und elastisch; Puls: 110 in der Minute, Temperatur: 37,3. Das Verhalten des Kindes war wieder normal.

Die Wirkung des übermangansauren Kalium ist eine zweifache, eine lokale und eine allgemeine resorptive. Die lokale ist eine typisch ätzende mit starker gleichzeitiger Oxydation, die resorptive besteht in Lähmung des Zentralnervensystems, Sinken der Atmung, des Blutdrucks und der Herzkraft, parallel mit der Erregbarkeit des Gehirns und Rückenmarks;[1]) Nahrungsverweigerung, Erbrechen treten ein. Das Metall wird durch die Galle und die Drüsen des Darmkanals ausgeschieden; die Niere beteiligt sich nur bei toxischen Dosen an der Ausscheidung und erkrankt dabei unter parenchymatöser Entzündung. Bei der Sektion fanden sich in dem Dorpater Falle Verfärbungen und Verschorfungen an Lippen, Zunge, Mund-, Pharynx- und Larynx-Schleimhaut; Trachea, Bronchien und Oesophagus waren aber frei. Magen und Därme sollen normal gewesen sein. Thomson behauptet, daß eine Resorption des Giftes nicht stattgefunden habe und daß das Ganze keine spezifische Mangan-Vergiftung, sondern lediglich eine Aetzung der Halsorgane vorstelle. In dem Falle von Box fanden sich ebenfalls tief schwarze Verfärbung und Schwellung von Mund und Zunge, sowie Oedem der Glottis. Der Magen enthielt reichlich Flüssigkeit, Speisereste und durch Reduktion entstandenes Manganhydroxyd; die Magenschleimhaut war aber nicht verätzt, sondern nur hyperämisch.

Auch in dem von mir beobachteten Falle tritt am meisten die lokale Wirkung in den Vordergrund: die Verfärbung und Verätzung der Lippen und der Zunge. Dabei fällt aber die starke Apathie des Kindes in den ersten Tagen auf, die entschieden auf eine Läsion des Zentralnervensystems hinweist und nicht durch die lokalen Aetzungserscheinungen zu erklären ist. Sie bot einen ganz auffallenden Gegensatz zu dem späteren normalen — stark eigensinnigen — und „verzogenen" Verhalten des Kindes. Es handelte sich hierbei offenbar um eine resorptive Wirkung des Giftes. Dagegen schiebe ich die Nahrungsverweigerung hauptsächlich auf das Schmerzgefühl, das die Einwirkung der Speisen auf die wunden Stellen

[1]) Kobert; l. c., S. 415.

der Schleimhaut der Zunge und des Mundes hervorrufen mußte. Da die Aetzungen glücklicherweise nicht tief gingen, so verlor sich die Nahrungsverweigerung schnell. Erbrechen und Durchfall sind nicht aufgetreten: der Stuhl war stets von guter, breiiger Beschaffenheit, in den ersten Tagen bräunlich, später von dunkelgelber Farbe. Magen und Darmkanal können also von der Aetzwirkung des Giftes nicht ergriffen worden sein, wobei ich nochmals auf die Tatsache hinweisen möchte, daß auch in den beiden anderen erwähnten Fällen keine wesentlichen Veränderungen am Magen gefunden sind.

Wir waren natürlich von vornherein darauf gefaßt, daß Glottis-Oedem eintreten könnte, allein es kam nicht dazu. Wohl stellte sich am zweiten Tage stärkere Atemnot ein, doch war sie nicht so groß, daß eine Tracheotomie nötig geworden wäre; auch verlor sie sich am nächsten Tage. Offenbar aber ist die Atemnot, die bei dem sonst so apathischen Kinde höchst auffallend war, auf eine Anschwellung der Larynxschleimhaut zurückzuführen.

Während es sich hierbei wieder um eine lokale Wirkung des Giftes handelte, beruhte die enorme Beschleunigung der Herztätigkeit in den ersten Tagen und auch noch später auf resorptiver Wirkung des Giftes, ebenso wie die Temperatursteigerung, die ich nicht auf Rechnung der Verätzung der Schleimhäute setzen möchte. Die Verätzungen waren, wie erwähnt, wenig tiefgehend, betrafen nur die oberen Schichten und reinigten sich sehr bald.

Von seiten der Nieren fiel die anfangs beobachtete starke Ausscheidung an Harnsäurekristallen und harnsauren Salzen bei hohem spezifischem Gewicht auf, sowie die später einsetzende Verminderung der Urinmenge. Wenn diese zum Teil auch auf die verminderte Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr zu setzen ist, so ist sie doch anderseits zu bedeutend, um hierdurch allein erklärt werden zu können. Auffallend ist dabei, daß niemals Zeichen einer parenchymatösen Erkrankung der Nieren sich bemerkbar machten. Es wurde niemals Eiweiß gefunden; ebenso wenig fanden sich Zylinder oder Epithelien. Die Urinmenge kehrte ohne weiteres zur Norm zurück.

Während uns Aerzte naturgemäß die Erscheinungen an den inneren Organen beschäftigten, war es für die Angehörigen am schrecklichsten, die schwarzen Verfärbungen an Zunge und Lippenschleimhaut, sowie die braunen Flecken im Gesicht und an den Händen sehen zu müssen. In der Tat war dieses Bild ein so eigenartiges, wie man es bei keiner anderen Vergiftung zu sehen bekommt. Diese Verfärbung der Haut und der Zähne ließ sich durch Abwaschen und Betupfen mit einer wässerigen Lösung von schwefliger Säure leicht beseitigen; es bildet sich hierbei aus Mangansuperoxyd farbloses dithionsaures Manganoxyd.[1])

---

[1]) Liebreich: Enzyklopädie der Therapie, S. 744.

Wie kommt es nun, daß trotz der verhältnismäßig großen Menge von übermangansaurem Kalium, die in den Magen des Kindes gelangt ist, die Vergiftung so verhältnismäßig schnell und günstig ablief? Dafür ist in erster Linie wohl die schnell erfolgte Entfernung des Giftes aus dem Magen verantwortlich zu machen; ferner der Umstand, daß keine Lösung, sondern Kaliumpermanganat in Substanz (Kristallen) verschluckt war. Sodann muß aber darauf hingewiesen werden, daß der größte Teil des Kaliumpermanganat im Magen zerlegt und nur wenig resorbiert wird. Bekanntlich wird Kaliumpermanganat beim Erhitzen auf 240° unter Abspaltung von Sauerstoff in Kaliummanganat und Braunstein (Mangansuperoxyd) zerlegt. Diese Abspaltung von Sauerstoff tritt ebenfalls ein bei Gegenwart von Säuren unter Bildung von Manganoxydul, das sich mit der Säure zu einem Manganosalz vereinigt.[2][3]) Daher waren auch bei der Ausspülung des Magens die entleerten Kristalle bereits entfärbt, ein Zeichen, daß sie ihren Sauerstoff abgegeben hatten, selbst aber dabei reduziert und entfärbt waren. Diese Entfärbung der Kristalle sieht man schon bei dem gewöhnlichen käuflichen übermangansaurem Kalium, besonders wenn es längere Zeit in ungeeigneten Gefäßen aufbewahrt ist. Die Kristalle sind dann mit einer Schicht von Manganoxydul bzw. Mangansuperoxyd überzogen und mißfarbig, so daß die ursprünglich vorhandene metallisch glänzende schwarzviolette Farbe der Kristallprismen einem dunklen Braungrau weicht. Auch dieser Umstand mag dazu beigetragen haben, daß es zu einer so leichten Intoxikation kam.

Die verhältnismäßig schnelle Zerlegung des Salzes erklärt auch die auffallende Tatsache, daß Magen- und Darmschleimhaut in allen Fällen so wenig oder gar nicht verätzt waren. Das bei der Reduktion sich nebenbei bildende Kaliumoxyd (K_2O) entzieht natürlich den Geweben Wasser, indem es zu Aetzkali (K O H) wird — worauf offenbar die ätzende Wirkung des Kaliumpermanganat beruht. — Dieses Kaliumhydroxyd wird aber durch die Salzsäure des Magens sofort weiter umgewandelt in Kaliumchlorid. Das gebildete Aetzkali kann also keine ätzende Wirkungen mehr entfalten, so daß es höchstens wie im Falle von Box zu einer Hyperämie der Magen-Schleimhaut kommt.

Wenn man bedenkt, wie einfach und wie sorglos das übermangansaure Kali verordnet und angewandt wird, so muß man sich eigentlich wundern, daß es nicht öfter zu Vergiftungen damit kommt. Hauptsächlich ist dies wohl dem Umstande zuzuschreiben, daß seine Giftigkeit dem Publikum nicht bekannt ist, und daß es schon in geringen Mengen eine prachtvoll gefärbte Flüssigkeit (wässrige Lösungen von 0,1—1,0 : 100 sind

---

[1]) Liebreich: Enzyklopädie der Therapie, S. 743.

[2]) Nach der Formel: $2 KMnO_4 = 2 MnO + K_2O + 5 O$ (Kaliumpermanganat = Manganoxydul + Kaliumoxyd + Sauerstoff).

meist in Gebrauch) darstellt, die in dieser Verdünnung innerlich wohl kaum eine schwere Vergiftung hervorzurufen geeignet ist. Daher kommt es, daß es zu Selbstmordzwecken nicht benutzt wird und daß man trotz seines alltäglichen Gebrauchs, auch in der medizinischen Literatur, von Unglücksfällen, die durch das übermangansaure Kali hervorgerufen sind, kaum etwas hört.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Das diagnostische Experiment am Menschen. Von Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Richard Bernstein-Mülhausen in Thüringen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge; 51. Bd., 1. H.; Jahrg. 1916, 1. H.

Verfasser versteht unter diagnostischem Experiment am Menschen eine besondere Form des diagnostischen Eingriffes, durch den die Integrität des Körpers des Untersuchten oder auch seines geistigen oder seelischen Zustandes gestört wird. Er unterscheidet dann weiter den diagnostischen Eingriff behufs Beobachtung der durch ihn bei dem Untersuchten ausgelösten Reaktion; es kann sich hierbei um physiologische, pathologische und therapeutische Experimente an kranken oder gesunden Versuchspersonen handeln um noch unbekannte physiologische, pathologische oder therapeutische Tatsachen durch Versuche festzustellen, oder um ein Experiment am Tiere, in vitro usw. Das diagnostische Experiment kann am Menschen angestellt werden, indem man Stoffe (Nahrungsstoffe, Genußmittel, Arzneimittel und Gifte, Sera usw.) von bestimmter Menge oder von bestimmter Beschaffenheit in den Körper des Untersuchten einführt, oder indem man physikalische Kräfte (mechanische, elektrische, Wärme- und Kälteeinwirkungen, akustische und optische Reize) in bestimmter Art auf den Körper des Untersuchten einwirken läßt, oder indem man dessen Willen zum Zwecke der Auslösung bestimmter Funktionen beeinflußt Da alle diese Experimente nicht wissenschaftlichen, sondern ärztlichen Zwecken dienen, so müssen für ihre Beurteilung auch rein ärztliche Gesichtspunkte angewendet werden. Für diese Beurteilung kommt einmal der Wert des Experiments an sich in Betracht, sodann die Frage seiner Zweckmäßigkeit (ob notwendig, wünschenswert, entbehrlich oder überflüssig) und die etwa zu befürchtende Schädigung oder Gefährdung des Untersuchten, sowie endlich seine Beurteilung vom Standpunkte des Sachverständigen und im Verhältnis zu anderen Untersuchungsmethoden. Alle diese Gesichtspunkte werden von dem Verfasser in seiner wertvollen Abhandlung eingehend berücksichtigt; am Schluß faßt er dann seine Ausführungen in nachfolgende Sätze zusammen:

„1 Das Experiment am Kranken ist ein berechtigtes Mittel zur Stellung der Diagnose.

2. Der Arzt, der von diesem Mittel Gebrauch machen will, muß erstens Technik, Leistungsfähigkeit und Fehlerquellen des Experiments kennen,
zweitens die gebotene Rücksicht auf den Untersuchten nehmen,
drittens den Zweck der Untersuchung im Auge behalten.

3. Ob im einzelnen Falle ein diagnostisches Experiment am Menschen einzustellen ist oder nicht, muß ebenso wie bei jedem anderen diagnostischen oder therapeutischen Eingriff dem pflichtmäßigen Ermessen des Arztes überlassen bleiben.

4. Furcht vor Verantwortung darf nicht dazu führen, eine zuverlässige, aber nicht ganz indifferente Untersuchungsmethode auf Kosten der Genauigkeit des ärztlichen Urteils durch eine weniger wertvolle Methode zu ersetzen, vielmehr sind diese Methoden nach den Behringschen Worten anzuwenden: mit aller Vorsicht, aber auch mit aller Energie und Konsequenz." Rpd.

Ueber die Bestimmung des Lebensalters an Kindesleichen auf Grund der Histologie der Nebennieren. Von Dr. Basileios Photakis (Athen). Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin (Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann). Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge; 51. Bd., 1. H.; Jahrg. 1916, 1. H.

Die Nebennieren sind bekanntlich vor den Nieren vorhanden und wachsen anfänglich rascher als diese, erst von der Mitte der Fötalzeit treten sie an Größe hinter den Nieren zurück und werden später von diesen bedeutend überholt. Das Größenverhältnis zu den Nieren ist im 6. Monat etwa wie 1 : 2, bei Neugeborenen wie 1 : 3, bei Erwachsenen wie 1 : 28. Bei Neugeborenen verhält sich Länge, Breite und Dicke wie 2,70 : 2,40 : 0,41, bei Frühgeborenen wie 3,05 : 2,20 : 0,40; das Gewicht beträgt bei den ersteren 2,66—4,76 g, bei den letzteren 3,08—5,3 g. Die vom Verfasser ausgeführten Untersuchungen über die Beschaffenheit der Nebennieren bei Neugeborenen, die sich auf 24 Fälle erstreckten, haben vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus ergeben, daß — entsprechend dem verschiedenen makroskopischen Aussehen der Nebennieren — ein durch mikroskopische Untersuchung festgestelltes Fehlen der Hauptmassen des chrombraunen Pigments in der Marksubstanz für den neugeborenen Zustand, sein vollständiges Vorhandensein gegen diesen spricht. Wenn daher, wie es oft vorkommt, zerstückelte Kindesleichen, bei denen die sonstigen Zeichen des neugeborenen Zustandes nicht festzustellen sind, in bezug auf das Lebensalter zu begutachten sind, so kann die histologische Prüfung der Nebennieren wichtige Aufschlüsse liefern und sollte nicht unterlassen werden.

Rpd.

Ueber den Wert zweier neuer Kennzeichen des Todes durch Kältewirkung. Von Dr. Felix Dyrenfurth, Assistent an der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge; 51. Bd., 2. H.; Jahrg. 1916, 2. H.

Krjukoff hat im Jahre 1914 als Kennzeichen für den Tod durch Kältewirkung das Fehlen des Glykogens in der Leber und die durch Blutungen in oder aus der Schleimhaut des Magens hervorgerufenen sogenannten Wischnewskischen Flecken bezeichnet. Diese Flecken sollen sich als Erosionen in der Magenschleimhaut zeigen, von der Größe eines Hirsekorns bis zu der einer Erbse, rund oder länglich geformt, manchmal punktförmig, nur 2—4,5 cm auseinander entfernt und über der Schleimhaut etwas vorspringend. Ihre Menge soll 5—100 betragen. Dyrenfurth hat diese Untersuchungsergebnisse von Krjukoff einer Nachprüfung unterzogen; als Untersuchungsmaterial wurden Kaninchen, Meerschweinchen, Mäuse und Frösche sowie Hunde und Katzen benutzt, da infolge Kältewirkung gestorbene Menschen nicht zur Verfügung standen. Auf Grund dieser Untersuchungen kommt er zu dem Ergebnis, daß sich nur in ganz seltenen Fällen unbedeutende Blutungen in der Magenschleimhaut fanden und daß die sog. Wischnewskischen Flecken wahrscheinlich eine Leichenerscheinung sind, die mit dem Tode durch Erfrieren nicht das mindeste zu tun haben. Ebenso konnte Verfasser in jedem Falle Glykogen in der Leber nachweisen, oft allerdings nur in geringen Mengen. Das Fehlen von Glykogen in der Leber kann also auch nicht als charakteristisch für den Erfrierungstod angesehen werden, ganz abgesehen von den starken Schwankungen des Glykogengehaltes der Leber je nach Alter, Ernährung usw. und der Unbeständigkeit des Glykogens bei Fäulnis. Es wird demnach bei der in deutschen Lehrbüchern allgemein niedergelegten gerichtsärztlichen Erfahrung verbleiben müssen, daß es ein diagnostisch sicheres Merkmal für den Tod durch Kältewirkung bis jetzt nicht gibt. Rpd.

Die Bestimmung der Todeszeit durch die muskelmechanischen Erscheinungen. Von Dr. Stefan Zsakó, Primarius der psychiatrischen Abteilung in St. Martin. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 3.

Verfasser hat schon früher auf gewisse, auch bei Leichen zu beobachtende muskelmechanische Erscheinungen aufmerksam gemacht, die es ermöglichen, mit annähernder Genauigkeit zu bestimmen, wann der Tod eingetreten ist, und deshalb in vielen Fällen von großem Nutzen sein können, in denen es darauf ankommt, die nach dem Todeseintritt verstrichene Zeit festzustellen. Der

gegenwärtige Krieg hat ihm reichlich Gelegenheit zu Leichenuntersuchungen und damit zu weiterer Anstellung seiner früher in dieser Hinsicht gemachten Versuche gegeben, wodurch seine bisherigen Beobachtungen von neuem bestätigt sind. Die Erscheinungen, die sehr leicht mit Hilfe des Klopfhammers, auch von dem Krankenpersonal, ausgelöst werden können, sind folgende:

1. Schlägt man mit dem Klopfhammer am Radius entlang, vom Ellenbogengelenk gerechnet auf 3—4 Finger breit quer Distal leicht an der Spannungsoberfläche auf den Unterarm, so tritt eine gut bemerkbare Streckung der Hand ein.

2. Klopft man an der Beugungsoberfläche des Unterarms längs des Radius auf 4—5 Finger breit oberhalb des Handgelenks, so erfolgt eine Beugung des Daumens.

3. Die Reizung der interossealen Gebiete ruft eine gegenseitige Annäherung der entsprechenden zwei Finger hervor.

4. Klopfen am Fußrücken 3—4 Finger breit vom äußeren Knöchel nach vorn ruft Streckung der Zehen hervor.

5. Klopfen am Unterschenkel an der Spannseite 3 Finger breit von der Spitze der Tibia und 3—4 Finger abwärts davon bewirkt eine Adduktion des Fußes.

6. Auf Klopfen am Unterschenkel in der Suralisgegend im mittleren Drittel und 1 Finger breit von der Tibia entfernt erfolgt eine Streckung des Fußes.

7. Klopfen im unteren Drittel des Oberschenkels, 4—5 Finger breit oberhalb der Kniescheibe bewirkt eine bis zur inguinalen Region reichende Muskelbewegung.

8. Klopfen auf dem Rücken zwischen Schulterblatt und Wirbeläule ruft eine Annäherung des Schulterblattes zur Wirbelsäule hervor.

Die unter 1—8 beschriebenen Erscheinungen sind durchschnittlich 90 bis 120 Minuten lang nach Eintritt des Todes auslösbar; in manchen Fällen dauert die Reizbarkeit der Muskeln bis 4 Stunden; sie sind bei toten Personen deutlicher als bei lebenden, da sie bei diesen durch den Muskeltonus abgeschwächt werden. Auch durch Chloroform oder Aether betäubte, durch Medikamente alterierte Personen sowie solche, bei denen durch Novokain oder Kokain Lumbalästhesie angewendet ist, zeigen diese Erscheinungen, die in jedem Falle der Leichenstarre vorangehen. Nur Oedeme können bei der Ausübung der Erscheinungen störend wirken. Ihr Fehlen gestattet ein Rückschluß auf den Eintritt des Todes und die Zeit des Todeseintritts; Verfasser konnte z. B. aus dem Fehlen der Erscheinungen bei einem Selbstmordfall bestimmen, daß der Tod schon 3 Stunden eingetreten war. Notwendig ist bei der Untersuchung gute Beleuchtung und Entkleidung der Leichen. Rpd.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Erinnern und Vergessen. Eine Studie über die traumatische Amnesie. Von Gerichtsarzt Dr. Marx-Berlin. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und Sanitätswesen. Dritte Folge; 51. Band, 2. H.; 1916, 2. H.

Von allen Formen des Vergessens, die den Gerichtsarzt interessieren, erscheint keine so sehr von dem Schleier des Rätselhaften, vom Charakter des Auffälligen und Widerspruchsvollen umkleidet, wie die retrograde Amnesie. Gerade diese Form des Vergessens erscheint aber, wie keine andere, geeignet, Lichter auf das Verstehen jenes Vermögens zu werfen, das wir als Gedächtnis bezeichnen, und uns somit zu zeigen, wie Erinnern und Vergessen möglich werden. Verfasser bespricht die bisherigen Untersuchungen über das Gedächtnis, namentlich die Verworn in dieser Hinsicht aufgestellte Lehre, die wegen ihrer Bedeutung an die Spitze einer Betrachtung über die Störungen des Gedächtnisses gestellt zu werden verdient. Er betont dann, daß auf „Erinnern“ die ganze Rechtspflege beruht; mit dem Vergessen fällt sie. Darum sind die beiden Fragen: Wie ist Erinnern möglich, wie geht Erinnern verloren? Fundamentalfragen, um die sich der Gerichtsarzt sonderlich zu mühen hat. Eindrucksvolle Geschehnisse des Alltages werden trotzdem von der großen Mehrheit wieder vergessen, während sie andere mit großer Treue in der Erinnerung bewahren und wieder andere nur in schattenhafter

Wesenheit festhalten. Manche Erlebnisse haften aber in der Regel mehr oder weniger bei allen Beteiligten fest, z. B. geschlechtliche Erlebnisse, besonders bei Erstlingen auf diesem Gebiete, und Unfälle. Um so auffallender sind Erinnerungsdefekte, die sich gerade auf Erlebnisse wie Unfälle, Trauma beziehen, deren gedächtnismäßiges Festhalten vor allen anderen erwartet werden sollte. Bei der Beurteilung der Fälle müssen allerdings alle diejenigen ausgeschieden werden, bei denen der Verdacht der Hysterie, der absichtlichen oder hemmungsmäßigen Unterdrückung des Gedächtnisses vorliegt. Verfasser hat deshalb auch für seine Studie aus seiner gerichtsärztlichen Praxis nur solche Fälle — im ganzen fünf — herangezogen, in denen ein engumschriebenes Ereignis, ein Trauma, bei vorher gesunden oder jedenfalls nicht nachweislich kranken Personen einen rückläufigen Erinnerungsdefekt hervorgerufen hat und bei denen es sich zweifellos um echte Erinnerungsdefekte handelte. Durch ihre Mitteilung und Schilderung will er die bedeutsamen Vorgänge des Erinnerns und Vergessens in das Licht der Physiologie und Pathologie rücken. Daß ein zellularphysiologisches Verständnis des Gedächtnisses möglich ist, haben die Forschungen von Verworn und seiner Schule ergeben; die Verwornsche Lehre, wonach die durch Sinneserregungen im Gehirn hervorgerufenen Eindrücke in eine Substanzzunahme der Ganglienzellen bestehen, also das „Wachstum" der Zelle die Grundlage des Gedächtnisstoffes bildet, paßt sich in den Rahmen der allgemeinen Lehre von der Aktivitätshypertrophie ein und findet ihre Bestätigung in der Pathologie des Gedächtnisses. Das Erwerben von Gedächtnissen, das Lernen, stellt eine Zentrenbildung im Kleinen dar. Erinnern und Vergessen bedeuten Reizung und Lähmung dieser kleinsten Zentren. Für die erste Bildung eines Einzelgedächtnisses ist die Reizaufnahme von größter Bedeutung; die Treue eines Erinnerungsbildes wird damit abhängig von der Funktion des den ersten Reiz empfangenden Sinnesorgans. Das ist auch für die gerichtliche Medizin, für die Psychologie der Zeugenaussage, von Bedeutung. Kein klares Erinnern ohne Zuverlässigkeit des Auges, des Ohrs, kurz der peripheren Sinnesorgane, kein klares Erinnern ohne normale Blutversorgung des Gehirns. Das Gehirn kann aber niemals die Aufgabe haben, die Außenwelt restlos abzubilden; denn wir würden sonst an der Fülle der Gedächtnisse ersticken. Hier setzt eine teils automatische, teils bewußte Auslese ein, so daß das Gedächtnis, wie Ribot zutreffend bemerkt, vom Vergessen lebt. Von jedem Erinnerungsbild bleiben nur Zeichen, gewissermaßen nur Skizzen zurück, so daß unser gesamtes Gedächtnis schließlich eine Sammlung von Zeichen darstellt, in der fortwährend Stücke verloren gehen und andere neu erworben werden. Diese Zeichen werden von einer Mehrheit von Neuronen aufbewahrt, die alle untereinander verbunden sind; gerade diese Auflösung der Bilder in Zeichen macht unsere Erinnerungsfähigkeit und die Aufnahmemöglichkeit für Bilder unbegrenzt. Im letzten Grunde geht die Auflösung unserer Eindrücke in Zeichen auf den Aufbau unseres Zentralorgans aus einzelnen Zellen zurück; deshalb kann auch nur eine Zellularphysiologie berufen sein, das Problem des Gedächtnisses zu lösen. Rpd.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Das Anaphylaxieproblem in der Dermatologie. Von Privatdozent Dr. E. Klausner. (Aus der k. und k. dermatol. Klinik. Prof. C. Kreibisch in Prag.) Mediz. Klinik; 1916, Nr. 7.

Unter Anaphylaxie versteht man einen erworbenen Zustand von Ueberempfindlichkeit des menschlichen oder tierischen Körpers gegen parenterale Zufuhr von Eiweißkörpern. Hierhin gehört die Serumkrankheit mit den Erscheinungen von Urticaria, Fieber, Oedem und Gelenkschmerzen, sowie die Urticaria nach Bluttransfusion. v. Pirquet bezeichnete diese Ueberempfindlichkeit nach Seruminjektion als Allergie. Seinen Studien verdanken wir die Einführung der Kutanreaktion in die Diagnostik der Tuberkulose. Nogucki gelang es, mit Spirochäten-Extrakt Luetin, Fischer mit Pallidin, einem Pneumonia alba Lungenextrakt, eine Reaktion auf Syphilis, besonders im Tertiärstadium, zu entdecken. Mit der Allergie erklärt Jadassohn den Pseudoschanker bei Tertiär-Luetikern, wonach bei einer Spirochäteninfektion

während dieser Periode kein Primäraffekt, sondern ein Gumma ähnliches Geschwür auftritt. Allergische Hautreaktionen wurden auch bei Infektionskrankheiten, wie Typhus, Rotz, Lepra etc., ferner Buchweizenvergiftung und Gravidität studiert. Wolff-Eisner deutet die Urticaria als anaphylaktisches Symptom. In das Gebiet der Ueberempfindlichkeitserkrankungen gehören auch die heftigen Erscheinungen infolge Eindringens tierischer oder pflanzlicher Gifte, Insektenstiche, Primula abconica-, Satinholz-Dermatitis. Die Ueberempfindlichkeit gegen gewisse Arzneistoffe, Idiosynkrasie, ist bis heute noch nicht geklärt. Bloch nimmt an, daß es sich bei dieser Abnormität um zelluläre Allergie der Hautzellen handelt. Dr. L Quadflieg-Gelsenkirchen.

2. Meningitis.

Pneumokokken- und Meningokokken-Meningitis nach Schädelbasisfraktur. Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Gießen. Von Prof. Dr. P. Schmidt. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 5.

Der in der medizinischen Universitätsklinik beobachtete Fall stellt eine Doppelinfektion der weichen Hirnhäute durch Pneumokokken und Meningokokken dar. Ein 19jähriger Arbeiter hatte durch Sturz auf der Treppe eine Basisfraktur erlitten. Danach trat sofort Bewußtlosigkeit und nach vorübergehender Besserung große Unruhe, Fieber, Nackensteifigkeit, Strabismus divergens, große Schmerzempfindung auf. Am 7. Tage nach dem Unfall kam der Mann in die Klinik, am 8. Tage erfolgte der Tod.

Die bakteriologische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis ergab Pneumokokken und Meningokokken etwa in gleicher Menge. Die Diagnose wurde kulturell, bei den Meningokokken auch mit Hilfe der Lingelsheimschen Zuckernährböden und serologisch gestellt. Auf den Blutagarplatten fanden sich nur Pneumokokken in ziemlich reichlicher Menge.

Nach dem Sektionsergebnis ist anzunehmen, daß die Infektion der weichen Hirnhäute in diesem Falle ganz direkt von der entzündeten oberen Nasenhöhle aus, sei es durch Vermittlung der Fissur im Siebbein, sei es durch die Fraktur im Keilbein erfolgt, d. h. also auf dem Lymphwege, nicht durch das Blut. Daß es hämatogen entstehende Meningokokken-Meningitiden gibt, ist sicher erwiesen. Schmidt hält es jedoch für durchaus unentschieden, daß dieser Weg die Regel darstellen soll. Nach den Untersuchungen von G. Mayer, Waldmann, Fürst und Gruber u. a. sind die Meningokokken auch außerhalb von Epidemiezeiten auf der völlig gesunden Pharynxschleimhaut gar kein ungewöhnliches Vorkommnis, wenn auch die Annahme einer „Ubiquität" für die Rachenschleimhaut zu weit geht.

Die Beobachtung mahnt im übrigen, künftig bei Meningitisfällen besonders der Kinder öfter an Kopfverletzungen zu denken, als es bisher zu geschehen pflegte. Dr. Roepke-Melsungen.

3. Weilsche Krankheit.

Zur Aetiologie der Weilschen Krankheit. 1. Von A. Weil, 2. Von Prof. Dr. Hübener und Privatdozent Dr. Reiter in Berlin. III. Mitteilung. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 5.

In der gleichen Nummer der Deutschen med. Wochenschrift unterzieht A. Weil-Wiesbaden, einem Wunsche der Schriftleitung entsprechend, die bisherigen Mitteilungen und Beiträge von Hübener und Reiter einer sachlichen und kritischen Besprechung. Ueber die Arbeiten ist an dieser Stelle in früheren Nummern berichtet. Weil verlangt in dem offenen Brief, daß der Name „Weilsche Krankheit" nur für solche Erkrankungen zu benutzen ist, die dem von ihm gegebenen einheitlichen charakteristischen Bilde entsprechen oder wenigstens seine wesentlichen Züge enthalten. Das ist eine „mit Milztumor, Ikterus und Nephritis einhergehende akute Infektionskrankheit". Der Behauptung von Hübener und Reiter, daß die pathologischen Befunde der verendeten Meerschweinchen denjenigen der an Weilscher Krankheit Verstorbenen gleichen, kann er keine Beweiskraft beimessen und hält es daher für verfrüht und nicht zum Nutzen der endgültigen Feststellung der

Wahrheit, die Frage nach der Aetiologie der Weilschen Krankheit jetzt schon für positiv gelöst zu erklären.

Dem gegenüber suchen Hübener und Reiter nachzuweisen, daß die Vorstellung, die Weil vor 30 Jahren von der Genese der nach ihm benannten Krankheit gehabt hat, sich in allen Punkten mit ihrer Auffassung von der Pathogenese der Weilschen Krankheit deckt Sie ist gewonnen aus tierexperimentellen Versuchen, klinischen Beobachtungen, eigenen Sektionsbefunden und epidemiologischen Erfahrungen und lautet: Die Weilsche Krankheit ist eine akute, nicht kontagiöse Infektionskrankheit, deren Erreger ein zur Gruppe der Spirochäten gehöriger Mikroorganismus ist, der durch Insektenstich auf Menschen übertragen und in die Blutbahn eingeimpft wird und durch gleichzeitiges Befallen der inneren Organe und Gewebe sowie durch Produktion spezifischer Giftstoffe eine Allgemeinerkrankung mit typischem Fieber und vorzugsweiser Schädigung der Nieren und Leber hervorruft. Dr. Roepke-Melsungen.

4. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

a. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und **b. Beratungsstelle für Geschlechtskranke.** Von Sanitätsrat Dr. Lilienthal.

c. Syphilis, Krieg und Geschlechtskrankheit. Von Dr. Paul Richter. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 24, Nr. 4 (a) und Nr. 5 (b und c).

Der Weltkrieg hat neue Gefahren heraufbeschworen, die in einer Durchseuchung mit Geschlechtskrankheiten bestehen. Glücklicherweise ist die Zahl der Geschlechtskranken im Heere geringer als man befürchtet hat; sie betrug während der ersten 15 Kriegsmonate nur 6,1 °/oo der Kopfstärke, während sie sich in dem Friedensjahre 1911/1912 auf 11 °/oo belaufen hatte Die Militärverwaltung arbeitet mit der Landesversicherungsanstalt Hand in Hand, es sollen Beratungsstellen errichtet werden, deren Tätigkeit natürlich für die Beratenen kostenlos ist und selbstverständlich mit der nötigen Verschwiegenheit durchgeführt wird. Auch die Honorierung der Aerzte muß nach Ansicht des Verfassers eine entsprechende sein; Sparsamkeit wäre hier unangebracht

Die Beratungsstelle für Geschlechtskranke beleuchtet Dr. Lilienthal in Nummer 5 obengenannter Zeitschrift und betont auch hier, daß der großzügige Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten eine Hebung der Volksgesundheit beabsichtigt; dieser Plan ist aber nur durchzuführen unter freudiger Mitarbeit der gesamten Aerzteschaft.

Charlottenburg hat bereits eine Beratungsstelle eingerichtet, sie wird von Dr. Richter in dem Aufsatz „Syphilis, Krieg und Geschlechtskrankheiten" in derselben Nummer der obengenannten Zeitschrift geschildert. Er verlangt vor allen Dingen, daß Einrichtungen getroffen werden, wo sich Personen, die früher an Syphilis erkrankt waren, auch später, wenn sie scheinbar genesen sind, einer regelmäßigen Blutuntersuchung unterziehen können. Dr. Hoffmann-Berlin.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat das Reichsversicherungsamt unter dem 16. April d. J. folgendes Rundschreiben ergehen lassen:

Die Verhandlungen über die Einrichtung der Beratungsstellen sind am 23. Februar und 10. März 1916 unter Zuziehung von Vertretern der Versicherungsanstalten und Sonderanstalten sowie von ärztlichen Sachverständigen im Reichsversicherungsamt fortgesetzt worden. Als ihr Ergebnis werden die anliegenden „Gesichtspunkte bei der Einrichtung von Beratungsstellen" ergebenst übersandt. Wie sich aus den „Gesichtspunkten" und dem gleichfalls beigefügten Vordruck für Meldungen der Aerzte an die Beratungsstellen ergibt, ist auf Wahrung der Rechte der behandelnden Aerzte, deren freudige Mitarbeit von besonderem Wert sein wird, gebührend Bedacht genommen worden. Die Einrichtung von Beratungsstellen ist nunmehr allerwärts im Gange und werden hoffentlich die neuen Beratungsstellen den gestellten Erwartungen entsprechen. Die Veröffentlichung der „Gesichtspunkte" in der Vereinszeitschrift würde mit Dank begrüßt werden.

Gesichtspunkte bei der Einrichtung von Beratungsstellen.

1. Zweck der Beratungsstellen ist eine kostenlose und streng verschwiegene Beratung von Personen, die an Geschlechtskrankheiten oder deren Nachkrankheiten leiden oder daran zu leiden besorgen. Die Beratungsstelle erstreckt sich auf alle in ihrem Bezirke wohnenden oder dauernd beschäftigten Personen, die dem Kreise der nach der Reichsversicherungsordnung (und dem Versicherungsgesetz für Angestellte) versicherten Bevölkerung angehören oder ihr in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht nahe stehen. Gegebenenfalls ist die Beratung auf Familienangehörige auszudehnen.

2. Der Leiter der Beratungsstelle muß neben den erforderlichen allgemein ärztlichen und fachwissenschaftlichen Kenntnissen das Vertrauen der Aerzte des Bezirks besitzen.[1]) Auch soll er die Kranken menschlich zu beraten wissen und dabei der verschiedenen sittlich-religiösen Auffassung der beteiligten Kreise Rechnung tragen.

3. Die Sprechstunden bei den Beratungsstellen sind tunlichst auf arbeitsfreie Zeiten zu verlegen. Wie die neue Einrichtung und ihre Zwecke möglichst weitgehend bekannt zu machen sind und ob es auch in Tageszeitungen geschehen soll, hängt von den örtlichen Verhältnissen ab. Namentlich sind die Pfleglinge der Krankenhäuser auf die Beratungsstellen hinzuweisen.

4. Als Besucher der Beratungsstellen kommen in Betracht:

a) die vom Militär, von Aerzten, Krankenkassen, Sonderanstalten, Krankenhäusern, der Armenpflege usw. überwiesenen Personen,

b) freiwillig sich Meldende.

Es ist anzustreben, daß die Aerzte des Bezirks die aus ihrer Behandlung Ausscheidenden, soweit sie dem in Ziffer 1 umschriebenen Personenkreis angehören, der Beratungsstelle zur weiteren Ueberwachung melden. Wenn dies allgemein noch nicht erreicht werden kann, ist jedenfalls darauf Bedacht zu nehmen, daß den Krankenkassen von den Kassenärzten entsprechende Mitteilungen zugehen, die dann von den Krankenkassen an die Beratungsstellen weitergeleitet werden. Falls bisher arbeitsfähige Kranke der Krankenkasse nicht gemeldet werden, ist, soweit es sich um Geschlechtskranke handelt, eine Aenderung herbeizuführen.

5. Eine Verweisung des sich bei der Beratungsstelle Meldenden an die Armenpflege zur weiteren Behandlung wird im allgemeinen nur in Frage kommen, wenn der Kranke sich schon vorher in Armenpflege befunden hat.

6. Es empfiehlt sich, den Arzt der Beratungsstelle zu ermächtigen, bei Gefahr im Verzug darüber zu entscheiden, ob der Kranke vorläufig auf Kosten der Versicherungsanstalt in Behandlung zu nehmen ist. Die Versicherungsanstalt, die alsbald von der vorläufigen Anordnung zu benachrichtigen ist, kann die Uebernahme der weiteren Behandlung auf ihre Kosten ablehnen.

Bei der Behandlung sind Wünsche der Kranken hinsichtlich der Persönlichkeit des Arztes oder der Auswahl des Krankenhauses tunlichst zu berücksichtigen.

Der Beratungsstelle werden Mittel zur Verfügung zu stellen sein, aus denen Reisekosten und Verdienstausfall den Besuchern der Beratungsstelle alsbald erstattet werden können.

7. Die Beratung eines noch in Behandlung stehenden Kranken soll nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt erfolgen.

Von einer Beratung der Kranken ist solange und soweit abzusehen, als der behandelnde Arzt der Beratungsstelle gegenüber erklärt, daß er den Kranken überwachen werde, und die Beratungsstelle von dem Stande der Sache unterrichtet (vgl. Ziff. 8).

8. Die Beratungsstelle ist über den Erfolg der Behandlung zu unterrichten. Am besten geschieht dies durch unmittelbare Anzeige des behandelnden Arztes über Beginn, Ende und Erfolg der Behandlung. Im übrigen gilt das in Ziffer 4 Abs. 2 Gesagte.

---

[1]) Siehe auch den in der Beilage zur heutigen Nummer der Zeitschrift, S. 50 abgedruckten Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 15. April d. Js., in dem den Kreisärzten die Uebernahme einer solchen Stellung zur Pflicht gemacht wird.

9. Kranke, die auf die erste Einladung nicht erscheinen, sind auf die Folgen des § 1272 der Reichsversicherungsordnung und auf die gemäß § 529 a. a. O. durch die Krankenordnung vorgesehenen Strafbestimmungen hinzuweisen. Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern die Meldung bei der Beratungsstelle durch die Krankenordnung zur Pflicht machen.

10. Bei Ueberwachung der an Gonorrhoe erkrankt Gewesenen kommen in erster Linie die Fälle in Betracht, in denen Kranke ungeheilt aus der Behandlung eines Arztes entlassen sind oder sich ohne Grundangabe der weiteren Behandlung entzogen* haben.

11. Verzieht der Kranke aus dem Bezirk der Beratungsstelle, so ist eine Abschrift der Aufzeichnungen der Beratungsstelle (Krankenblatt) an die nunmehr zuständige Beratungsstelle zu senden. Die Urschrift verbleibt bei der ersten Beratungsstelle. Solange die Einrichtung der Beratungsstellen nicht abgeschlossen ist, empfiehlt sich die Versendung der Krankenblätter von Versicherungsanstalt zu Versicherungsanstalt.

Meldung des behandelnden Arztes.

Vornamen: . . . . Zunahme: . . . .
Beruf: . . . . geb. am . . . . zu . . . .
(Kreis: . . . .)
Wohnort und Wohnung: . . . .
Mitglied der . . . . Kasse; Buch Nr. . . . . . . ist von mir vom . . . . . bis . . . . . . an . . . . . . behandelt worden und
* geheilt entlassen
* am . . . . . { einem Krankenhaus / Herrn Dr. . . . . zur Behandlung } überwiesen
* genesen entlassen und bedarf einer Nachuntersuchung
nach . . . . Wochen. / Monaten.
(Wünscht unter meiner persönlichen Ueberwachung zu bleiben.)
(Ich werde der Beratungsstelle weiter Bericht erstatten.)
* ist ungeheilt seit . . . . aus meiner Behandlung fortgeblieben.
Der behandelnde Arzt Dr. . . . . . .

---

5. Krebs.

Heilungsvorgänge im Karzinom nebst einer Anregung zu seiner Behandlung. Von Prof. Dr. H. Ribbert-Bonn. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 10.

R. geht von der Untersuchung eines metastatischen, halbwalnussgroßen Krebsknotens aus, der sich am Halse nach primärem Lippenkrebs wahrscheinlich in einer Lymphdrüse entwickelt hatte, und in dem weitaus der größte Teil des Karzinoms zurückgezogen war. Es handelt sich um ein Eindringen des zelligen Gewebes in das lebende Epithel und um den damit verbundenen Untergang des Epithels und zwar der jungen, am Rande der Krebshaufen befindlichen und sonst die Ausbreitung des Tumors besorgenden Zellen. Ribbert nimmt nun an, daß die Vernichtung des Epithels auf den Einfluß der Rundzellen zu beziehen ist und durch die toxischen Einflüsse bedingt wird, die aus den zerfallenden Lymphozyten frei werden. Daraus folgert er den Vorschlag, Lymphozyten und ihre Zerfallsprodukte dem zu behandelnden Krebs künstlich zuzuführen. Man sollte in primäre oder auch in leicht zugängliche metastatische Karzinome zerriebenes Lymphdrüsengewebe oder aus ihm hergestellte Extrakte so reichlich einspritzen, daß eine möglichst weitgehende Durchtränkung erzielt und alles Epithel mit den Zellprodukten in ausreichende Berührung gebracht wird. Führt das zum Erfolg, dann könnten weiterhin die Flüssigkeiten auch intravaskulär eingespritzt werden, so daß sie vom Blute aus auf die nicht direkt erreichbaren Karzinome einwirken können. Dr. Roepke-Melsungen.

---

* Das Zutreffende ist zu unterstreichen.

Krebsepidemiologische Untersuchungen. Von Kreisarzt Dr. Hillenberg-Zeitz. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. V. Bd., 4. H., Gr. 8°, 50 S. Preis: 2,80 M.

Verfasser gibt zunächst eine erschöpfende und deshalb wertvolle Uebersicht über den derzeitigen Stand der Krebsätiologie und berichtet dann über die von ihm in seinem Stadt- und Landkreis Zeitz sowie im benachbarten Stadtkreis Weißenfels vornehmlich in ätiologischer Richtung hin angestellten epidemiologischen Ermittelungen über das Vorkommen von Krebs. Er hat zu diesem Zweck einen Fragebogen entworfen und nicht weniger als 15000 Stück an sämtliche Kinder aller im Stadt- und Landkreis Zeitz vorhandenen Schulen sowie an die Schüler der Bürgerschulen in Weißenfels und durch Vermittlung der Lehrer auch an alle diejenigen Familien verbreiten lassen, die keine schulpflichtigen Kinder haben. Vor der Verteilung hatte er die Lehrer besonders auf die Wichtigkeit ordentlicher Beantwortung der Fragebogen hingewiesen und sie ersucht, diese nach Rückgabe durchzusehen und auf Grund eigener Kenntnisse sowie durch Nachfragen zu ergänzen. Diese Mitarbeit war von den Lehrern bereitwilligst geleistet. Wo es erforderlich, hat dann Verfasser später noch nähere Erkundigungen schriftlich oder persönlich eingezogen. Es wurden 377 Krebsfälle festgestellt, 196 beim männlichen, 181 beim weiblichen Geschlecht; davon entfielen auf die einzelnen Organe: 57,5 % auf den Magen, 9,2 % auf die Gebärmutter, 8,4 % auf den Darm, 6,6 % auf die Brust, 5,04 % auf die Leber, 1,8 % auf die Speiseröhre, 1,8 % auf das Gesicht, 1,5 % auf den Kehlkopf, 1,8 % auf den Hals und 1,01 % auf die Zunge. Von den einzelnen Altersklassen waren am meisten bei der Krebssterblichkeit die Altersklassen von 51—60 Jahre (30 %), 61—70 Jahre (20 %), 41—50 Jahre (17,8 %) und 71—80 Jahre (11,4 %) beteiligt, während die übrigen Altersklassen erheblich geringere Zahlen aufwiesen: von 31—40 Jahre: 7,2 %, 21—30 Jahre: 2,6 %, über 80 Jahre: 0,54 %, von 15—20 Jahre: 0,26 %; unbekannten Alters waren 5,3 %. Der Verwandtschaft nach trat der Krebs 34 mal = 9,09 % bei Eltern und Kindern, 20 mal = 5,3 % bei Ehegatten, 10 mal = 2,6 % bei Geschwistern und 7 mal = 1,8 % bei direkten Verwandten auf. In 71 Familien war mehrfach Krebs zu verzeichnen. Unter den Ursachen spielt nach Angabe der Befragten Trauma eine nicht unwesentliche Rolle (7,14 % der Fälle); ob übermäßiger Alkoholgenuß die Entstehung des Krebses begünstigt, dafür bieten die Ermittlungen ebensowenig einen sicheren Anhalt wie für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Krebs und Beruf; nur soviel geht aus ihnen hervor, daß die Beschäftigung in der Landwirtschaft und in verwandten Berufen anscheinend keine erhöhte Krebssterblichkeit zeitigt. Auch die Beschaffenheit der Wohnung und ihrer Umgebung, insbesondere die Feuchtigkeit kommt nach dem Ergebnis der Ermittlungen als Krebsursache nicht wesentlich in Betracht, desgleichen wird durch das Ergebnis die Ansicht des Krebsforschers Werner-Heidelberg bestätigt, „daß weder oreographische, geologische, hydrographische oder klimatische Eigentümlichkeit der Orte, noch die Bauart ihrer Wohnhäuser eine Beziehung zur Häufigkeit oder Seltenheit des Krebses besitzen." Zum Schluß betont Verfasser, daß die Ergebnisse seiner durch fast zwei fortgesetzten, zum Teil sehr mühevollen Ermittlungen keinen besonderen Anhalt für die endogene Krebsentstehung gezeitigt haben; auffallend seien nur die festgestellten ausgeprägten zeitlichen und örtlichen Differenzen im Auftreten des Krebses: in einem Orte (Kayna) z. B. in den Jahren 1901—1905 25,20 % auf 10000 Lebende, 1906—1910 dagegen 0,00 %!, ferner in einzelnen Orten des Kreises gar keine Krebstodesfälle, in anderen dagegen 15 und noch mehr auf 10000 Lebende (Bröckau: 16,34 ‱, Dragsdorf: 23,92 ‱). Dies an einzelnen mehr oder weniger engbegrenzten Wohngebieten beobachtete gehäufte Auftreten der Krebserkrankungen lasse zum mindesten für einen Teil derselben äußere, d. h. von außen in den Körper gelangende Schädlichkeiten, die sehr wahrscheinlich unter dem Kleinlebewesen zu suchen seien, als Ursache vermuten. Ueber ihre Art und Zugehörigkeit schwebe allerdings z. Z. noch ebensolches Dunkel, wie über den Weg ihrer Uebertragung; vieles spreche jedoch dafür, daß diese auf die Menschen durch Vermittlung eines Zwischenwirtes stattfinde und zwar durch Nahrungsmittel, da erfahrungsgemäß Verdauungsorgane, in der Hauptsache der Magen, vornehmlich Sitz des Krebses sind. Für einen anderen Teil der Krebserkrankungen dürften dagegen andere

Ursachen in Frage kommen, die mit lebenden Agentien nichts weiter gemein haben, als die Fähigkeit, in der disponierten Zelle eine tiefgreifende biologische Alteration hervorzurufen. Durch weitere epidemiologische Forschungen sowie biologisch-experimentelle Untersuchungen sei eine Lösung der Krebsätiologie zu erwarten; sie sollten insbesondere an solchen Orten vorgenommen werden, die einzelne Krebshäuser mit zahlreichen Fällen aufweisen. Man kann deshalb der Ansicht Czernys nur zustimmen: „Wir können in den Fragen der Häufigkeitszunahme, Kontagiosität der Erblichkeit und Aetiologie bloß dann sichere Schlüsse ziehen, wenn sich die Forschung bis in die Verhältnisse der Gemeinden, Häuser und der Familien vertieft.“ Rpd.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Abwässerbeseitigung.

Die Abwasserfrage IV. Von Prof. Dr. Rohland-Stuttgart. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 4.

Aus der Theorie der Klärung und Reinigung der Abwässer und auch aus der bisherigen Praxis ergibt sich, daß das „Kolloidtonreinigungsverfahren“ sich vortrefflich eignet zur Klärung und Reinigung der Abwässer der Textilwerke, der Farbwerke, Papier- und Pappenfabriken, der Brauereien, Brennereien, Molkereien, Preßhefefabriken, Rohrzuckerfabriken und Raffinerien usw. und zur Nachklärung und Nachreinigung der städtischen Abwässer, daß es aber da nicht anwendbar ist, wo es sich darum handelt, anorganische Salze, die in größerer Konzentration vorhanden sind, aus dem Abwasser zu entfernen, z. B. aus den Endlaugen der Kaliwerke. Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Gewerbehygiene.

Ueber Rasierstubenhygiene. Von Dr. R. Oxenius-Frankfurt a. M. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge; 51. Bd., 1. H.; Jahrg. 1916, 1. H.

In der vorstehenden Abhandlung werden die Gefahren, die dem Publikum und dem Geschäftspersonal durch die Barbier-, Frisier- und Haarschneidegewerbe drohen, sowie die Vorschriften zu ihrer Bekämpfung eingehend besprochen und am Schluß Vorschläge zu weiteren Maßnahmen gemacht. Nach Erwähnung der bisherigen Literatur über diese Frage und der darin mitgeteilten Einzelbeobachtungen werden die in Preußen erlassenen sanitätspolizeilichen Vorschriften sowie die dazu ergangenen gerichtlichen Urteile angeführt und betont, daß demnach alle polizeilichen Vorschriften, die sich lediglich mit der Verhütung übertragbarer Krankheiten durch die Barbierstuben befassen, ebenso ungültig sind, wie diejenigen die zu allgemein gehaltene Bestimmungen über Reinhaltung usw. enthalten und das Aufhängen der Verordnung in den Geschäftslokalen fordern. Es frägt sich daher, ob nicht doch rechtsgültige Verordnungen erlassen werden können, die im wesentlichen den an die Barbierstuben zu stellenden hygienischen Anforderungen, auch mit Rücksicht auf die Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten, genügen. Die Frage, daß die heutigen Einrichtungen der Barbierstuben diesen Anforderungen im allgemeinen nicht genügen, ist nach Ansicht des Verfassers unbedingt zu bejahen. Um eine Besserung in dieser Hinsicht zu erzielen, genügen aber nicht allgemeine Belehrungen; eine solche ist vielmehr nur durch den Erlaß zweckmäßiger polizeilicher Vorschriften zu erwarten, die am besten in Form einer für den ganzen Staat allgemein gültigen Verordnung erlassen werde, da die Verhältnisse in den einzelnen Landesteilen keineswegs so verschieden sind, daß lokale Verordnungen den Vorzug verdienen. Eine solche allgemeine Verordnung hat vor allem den Vorteil, daß den Ort ihrer Tätigkeit wechselnde Barbiergehilfen sich nicht erst an andere Vorschriften zu gewöhnen brauchen, sondern sich immer nach denselben Bestimmungen zu richten haben. Notwendig ist es allerdings, daß man sich bei Abfassung einer solchen allgemeinen Verordnung auf die „Mindestmaßnahmen“ beschränkt, die auch in kleinen Bezirken und Orten durchführbar sind. Die Verordnung muß sich auf die Geschäftsräume, das Personal, das die Geschäfte besuchende Publikum, sämtliche im Betrieb verwandte Gegenstände und auf die Ueberwachung erstrecken. Die in dieser Beziehung zu stellenden Anforderungen werden von dem Verfasser ausführlich erörtert und

dann am Schluß in Form einer Polizeiverordnung zusammengefaßt, die auch der Rechtsprechung auf diesem Gebiete Rechnung trägt. Das Aushängen der Verordnung in den Geschäftsräumen wird deshalb nicht gefordert; statt dessen vorgeschlagen, jedem Geschäftsinhaber genügend Exemplare zur Verfügung zu stellen, damit er nicht bloß jedem antretenden Gehilfen, sondern auch jedem Kunden ein solches aushändigen kann. Der Entwurf der Polizeiverordnung enthält auch eine Bestimmung, wonach die Durchführung der Maßnahmen in bestimmten Zwischenräumen (2 Jahren) durch besonders hierzu geeignete Organe (der Polizei) überwacht werden soll. Eine solche Bestimmung gehört aber nicht in eine Polizeiverordnung, sondern in die Ausführungsbestimmungen, statt dessen ist aber eine Bestimmung erforderlich, daß der Geschäftsinhaber und dessen Vertreter den mit der Ueberwachung der Ausführung der Polizeiverordnung beauftragten Beamten die Besichtigung ihrer Geschäftsräume zu gestatten und ihnen die von ihnen geforderte Auskunft zu geben haben. Rpd.

Zur Toxikologie des Tetrachlormethans und des Tetrachloräthans. Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Koelsch-München. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 4.

Der Verfasser berichtet über einen Fall einer chronischen Tetrachlormethan-Vergiftung. Die Erfahrung lehrt, daß bei der offenen industriellen Verarbeitung das Tetrachlormethan ein äußerst bedenklicher Körper ist, der schon nach relativ kurzer Beschäftigungsdauer schwere, selbst tödliche Erkrankungen hervorzurufen imstande ist. Die Folgerungen ergeben sich von selbst: Vom gewerblich-hygienischen Standpunkte aus ist die Verwendung Tetrachloräthans, soweit durchführbar, ganz zu verbieten oder nur unter ganz scharfen Schutzmaßnahmen zu gestatten. Für alle Fälle besteht begründeter Anlaß, bei der Verwendung der gechlorten Wasserstoffe der aliphatischen Reihe die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter stets im Auge zu haben. Eine längere Beschäftigung mit den Substanzen ist für den Ausbruch der Vergiftung nicht erforderlich; denn es werden selbst bei relativ kurzer Beschäftigungsdauer tödliche Erkrankungen beobachtet. Als disponierend dürften Alkoholismus, Fettsucht und Anämie anzusprechen sein. Selbstredend ist jeder Arbeiter, der auch nur eine Andeutung von Ikterus zeigt, sofort von der Arbeit zu entfernen. Unterstützt wird diese Maßnahme durch den chemischen und besonders spektroskopischen Nachweis von Gallenfarbstoff in Harn, bezw. im Blutserum, wo er in manchen Fällen noch vor der Gelbfärbung der Haut auftritt. Von den sonstigen Symptomen verdienen die Klagen über Uebelkeit, Brechreiz, Magenbeschwerden, nervöse Reizerscheinungen, Fehlen oder Herabsetzen der Kniereflexe unsere Beachtung. Dr. Wolf-Hanau.

Ueber ein neues Aeschereiverfahren für Gerbereien. Von Gewerbeinspektor Dr. Naske-Wien. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 4.

Die Vorteile der Aescheranlage nach dem System Gustav Pollak lassen sich gegenüber dem alten Aescherverfahren und den Rühr- bezw. Drehäschern in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Die manuelle und für die Arbeiter außerordentlich anstrengende Arbeit des Aufschlagens der zu weichenden und zu äschernden Häute fällt bis auf das Einhängen und Abnehmen der Häute nach beendigtem Prozesse vollständig weg.
2. Hierdurch ist die Möglichkeit der Verätzung an Händen und Augen durch verspritzende Kalkmilch auf ein Mindestmaß eingeschränkt.
3. Die Bildung von Bodensatz in den Geschirren ist ausgeschlossen. Das Einsteigen in die Geschirre ist überflüssig und die Gefahr einer Gasvergiftung daher ausgeschaltet.
4. Durch die zirkulierende Brühe wird eine vollkommen gleichmäßige Aescherung der Häute und eine rationelle Ausnützung der Aescherbrühe bewirkt.
5. Der Weich- und Aescherprozeß wird ohne Zugabe irgendwelcher Chemikalien bei sonst gleichen Voraussetzungen hinsichtlich der Beschaffenheit des Rohmaterials und des zur Verwendung kommenden Wassers auf halbe Zeit eingeschränkt. Dr. Wolf-Hanau.

---

3. Säuglingsfürsorge.

Bemerkungen über die „Kriegsneugeborenen". Von Prof. Dr. Langstein-Berlin. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 3.

Der Verfasser wendet sich gegen die Anschauung von Kettner[1]), der „eine ganz neue Art von Säuglingen", die sog. Kriegsneugeborenen, gesehen zu haben angibt und ist der Ansicht, daß man höchstens annehmen kann, daß die weitere Kreise umfassende Aufregung der Mütter auch zu einer Vermehrung unruhiger Säuglinge geführt hat, eine Folge vermehrter Fehler in der Pflege und Ernährung der Kinder. Dr. Wolf-Hanau.

Zum Milchbedarf des Kindes und zur Aetiologie und Behandlung der Rachitis. Von Prof. Dr. E. Feer. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Zürich). Mediz. Klinik; 1916, Nr. 8.

Mit Bezugnahme auf den Bundesratserlaß, wonach Kinder, soweit sie nicht gestillt werden, bis zum vollendeten 2. Lebensjahr 1 l Milch, ältere Kinder ½ l erhalten sollen, wird die Frage erörtert, ob diese Mengen genügen? Die Ansichten über den Milchbedarf des Säuglings gehen weit auseinander. Die Erscheinung des Milchnährschadens bei Flaschenkindern hat in den letzten Jahren zu Einschränkungen der verabreichten Milchmengen geführt. Czerny-Keller empfehlen am Ende des 1. Jahres für ein Kind von 10 kg 1 l, für kleinere Kinder 100 g für das kg Körpergewicht. Verfasser gibt seit Jahren höchstens 600 g Milch im Tag am Ende des 1. Lebensjahres. Diese Menge wird im 2. Jahre stark beschränkt. In einer Anzahl von Fällen wurden im 1. Jahre 500 g Milch nicht überschritten. Diese Menge genügt vollauf zum guten Gedeihen der Kinder; dabei ist jedoch die frühzeitige Zugabe von Kohlehydraten, Gemüse und Obst sehr wichtig; das Nahrungsvolumen wird durch Wasserzusatz auf das physiologische Maß gebracht. Mit der Zuckerzugabe beginnt man sofort nach der Geburt und steigt auf 20—30 g, die im 2. Halbjahr durch Mehle ersetzt wird. Mit Mehl beginnt man am Ende des 1. oder anfangs des 2. Monats, auf den Tag 5 g. Vom 6. Monat an bekommt das Kind eine Griessuppe, steigend von 15 bis 25 g Gries in dünner Fleischbrühe, weiter grünes Gemüse in feinster Breiform, Obstsäfte und rohgeschabte Aepfel, Beerenfrüchte. Im 2. Jahre vermehrt man Kohlehydrate, Obst und Gemüse und vermindert die Milch. Fleisch und Eier sind ganz überflüssig. Größere Kuhmilchmengen fördern das Gedeihen des Kindes keineswegs, beeinflussen es wohl oft ungünstig. Theoretische Bedenken gegen die kleineren Milchmengen bestehen nicht, die allgemeinen biologischen Ueberlegungen sprechen für eine starke Milchverminderung im 2. Jahre. Die Milchmengen, die der deutsche Bundesrat in seiner Bestimmung den Kindern sicher stellen will, sind für gesunde Individuen mehr als ausreichend.

Manche Aerzte erblicken in der geringen Milchzufuhr infolge ungenügenden Kalkgehaltes die Ursachen der Rachitis. Unsere Kenntnis über die Aetiologie der Rachitis widersprechen dieser Annahme. Neben andern Ursachen sind es in erster Linie die „respiratorische Noxe" (Mangel an frischer Luft und Sonne) und die unzweckmäßige Ernährung, vielleicht auch infektiöse Faktoren, die den Ausbruch der Rachitis begünstigen, daneben Heredität, die aber nicht überschätzt werden darf. Der Einfluß der Mehlfütterung ist stark übertrieben worden. Unter den Ernährungsfehlern ist es zunächst die einseitige und übermäßige Milchnahrung, die Rachitis auslöst. Die schwersten Fälle können sich gerade bei Milchfütterung einstellen. Stoffwechseluntersuchungen über Rachitis sprechen zugunsten knapper Milchernährung. Einseitige und übermäßige Milchnahrung beeinflussen den Kalkstoffwechsel ungünstig. Die beste Prophylaxe der Rachitis bietet die Ernährung mit wenig Milch unter Zugabe von Kohlehydraten, Gemüse und Obst. Noch wichtiger ist diese Ernährungsweise bei manifester Rachitis. Sie ist auch wirksamer als die ausschließlich medikamentöse Therapie. Daneben muß die respiratorische Noxe bekämpft werden, d. h. die Kinder sollen möglichst viel ins Freie gebracht werden. Außerdem leisten Lebertran und Phosphorlebertran gute Dienste.

---

[1]) Siehe Referat darüber in Nr. 7 dieser Zeitschrift; Jahrg. 1916, S. 212.

Die Kalk-Retention wird verstärkt bei gleichzeitiger Verabreichung von Kalkpräparaten. Die Abhandlung enthält auch einige ausführliche Kostzettel.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

4. Eisenbahnhygiene.

Periodische gesundheitliche Untersuchungen des Eisenbahnpersonals. Von Dr. Placzek-Berlin. Zeitschrift für Bahnärzte; 1915, Nr. 3.

Der Verfasser tritt dem Vorschlage Gilberts[1]) betr. periodischer Volluntersuchungen bei und fügt noch hinzu: „vermehrt durch die psychische Untersuchung".

Dr. Wolf-Hanau.

---

5. Krankenanstalten.

Zentrale Krankenhausbelüftung und Luftabsaugung. Von Dr. Rasser. Die Heilanstalt; 1916, Nr. 7/8.

Der Verfasser bespricht die Einrichtungen, die eine reine, 18—20° C. warme, 50—60% relativ feuchte und stets leicht bewegte Luft in den Krankenzimmern verschaffen.

Dr. Wolf-Hanau.

Verringerung der Krankenhausbaukosten unter besonderer Berücksichtigung der Knappschaftslazarette. Vortrag des Stadtbaurats a. D. Spinner-Tarnowitz (Oberschles.), gehalten auf der Mitgliederversammlung des Allgemeinen deutschen Knappschaftsverbandes am 28. September 1915.

Spinner weist mit Recht darauf hin, daß die Berechnung der Krankenhausbaukosten „für ein Bett" keinen richtigen Maßstab für die Frage abgebe, ob die Kosten angemessen oder zu hoch seien, da die dabei in Betracht kommenden Verhältnisse bei den einzelnen Krankenanstalten zu verschiedenartige seien. Der Oberschlesische Bauverein baue auch heute noch seine Lazarette mit besonderen Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäuden, Wohnungen für leitenden Arzt und Wartepersonal einschließlich innerer Einrichtung und Ausstattung sowie aller Außen- und Nebenanlagen für 4000—4500 Mark für das Bett, ohne Rücksicht darauf, ob 80 oder 3—400 Betten darin Platz finden. Das Wichtigste und Entschiedenste für die Höhe der Baukosten sei die Gestaltung des Bauprogrammes; durch die Vereinigung einer großen Anzahl Betten in einem Gebäude werde eine große Kostenersparnis erzielt, besonders in industriellen Gegenden, wo der Grund und Boden sehr teuer sei. Gegen solche Einheitsbauten bis zu 400 Betten liegen auch ebensowenig hygienische Bedenken vor, wie gegen die Verteilung der Krankenbetten in drei Geschossen. Weiterhin lasse sich durch Einrichtung größerer Säle eine Verminderung der Flurflächen und damit auch der Baukosten bewirken. Nebengebäude seien tunlichst zu vermeiden, statt dessen Unter- und Dachgeschosse möglichst zu Wirtschafts- und anderen Zwecken auszunutzen. Nicht minder wichtig sei die richtige Bemessung der Anzahl und Größen der Nebenräume (Tageräume, Aborte, Bade- und Waschräume, Schwestern- und Wärterzimmer, Anrichten usw.); dasselbe gelte betreffs der Koch- und Waschküchen sowie betreffs der wissenschaftlichen Zwecken dienenden Anlagen, soweit die Krankenanstalten nicht zugleich als Lehranstalten dienen. Bei einer zweckmäßigen Grundrißlösung kommt es vor allem darauf an, unter strenger Beachtung aller hygienischen Grundsätze, der Betriebsrücksichten und der baupolizeilichen Bestimmungen die Krankenräume, Treppen und Nebenräume so zu gruppieren, daß die Anzahl der Treppen, die Flächen der Flure, Gänge und Nebenräume auf das möglichste Mindestmaß beschränkt werden. Die Kosten einer besseren baulichen Ausstattung der Außenseiten werden vielfach überschätzt; eine Ueberladung mit ornamentalem Schmuck, mit reichen Vor- und Aufbauten sei unbedingt zu vermeiden; denn auch ohnedem lasse sich dem Krankenhause architektonisch ein freundliches, vornehmes und gefälliges Aeußere geben. Viel Kosten lassen sich bei der Ausführung sparen, wenn auch der Grundsatz gelten muß, daß an Materialien und Konstruktion das Zweckmäßigste und Preiswürdigste auszuwählen ist. Einmalige Mehrausgaben, durch die die späteren Betriebskosten herabgesetzt werden (z. B. Wandfliesen

---

[1]) Siehe Referat darüber in Nr. 3 dieser Zeitschrift; Jahrg. 1916, S. 81.

in Baderäumen usw.), sind nicht zu scheuen, im übrigen ist aber, auch bei der inneren Ausstattung, jeder überflüssige Aufwand zu vermeiden. Mit Recht betont der Verfasser, daß man den Beginn der Arbeiten nicht überstürzen und dem Architekten hinreichend Zeit zu sorgfältiger Durcharbeitung des Entwurfes lassen soll, damit sich späteren Aenderungen, Stemmarbeiten usw., die meist sehr kostspielig sind, nicht als notwendig erweisen. Auch durch Vereinigung mehrerer Knappschaftsvereine, Gemeinden usw. zu Zweckverbänden, um durch umfangreiche Lieferungsabschlüsse billigere Einkaufspreise zu erzielen, lasse sich eine nicht unerhebliche Kostenersparnis erreichen. Jedenfalls könne nicht behauptet werden, daß die behördlichen Vorschriften zu weit gingen und den Bau der Krankenhäuser unnötig verteuerten; diese Verteuerung sei vielmehr auf andere Ursachen zurückzuführen und müsse um so mehr vermieden werden, als eine zu teuere Anlage nicht nur durch die Verzinsung der größeren Bausumme, sondern auch durch die teuere Unterhaltung, Vermehrung des Personals eine wesentliche Erhöhung der Betriebskosten nach sich ziehe. Rpd.

Luxus in Krankenhausbauten. Von Architekt Fritz Voggenberger. Frankfurter Zeitung vom 16. Februar d. J.

Auch dieser Verfasser ist der Ansicht, daß sich ein zutreffendes Urteil über die Angemessenheit der Krankenhausbaukosten nicht aus einem Vergleich der Kosten für das einzelne Bett bilden läßt, da die dabei in Betracht kommenden Verhältnisse zu verschiedenartig sind; denn die Kosten des Baues und der Einrichtung richten sich besonders nach den ortsüblichen Lohnsätzen, die bekanntlich außerordentlich verschieden sind. Ferner weicht die notwendige maschinelle und technische Einrichtung der einzelnen Anstalten je nach ihrer Bettenzahl sehr voneinander ab, so daß eine Statistik unmöglich einwandfrei sein kann, wenn man die Kosten für Krankenhäuser mit 30 und 1200 Betten gegenüberstellt. Von Luxus im Krankenhausbau kann nach Voggenberger nur gesprochen werden bei Verschwendung in den Raumabmessungen, oder bei Anwendung von Materialien, die nicht im Verhältnis zu den an sie gestellten Forderungen stehen, oder bei Einrichtungen, die mit Rücksicht auf den Zweck des Krankenhauses nicht als notwendig anzusehen sind. Selbst in den neueren Krankenhäusern dürften aber in bezug auf die Raumabmessungen kaum die in dieser Hinsicht gegebenen, reichliche Maße vorsehenden ministeriellen Vorschriften überschritten sein, eine Ansicht, die jedoch nicht zutrifft, da es eine große Anzahl von Krankenanstalten gibt, wo dies doch der Fall ist, z. B. durch übermäßig breite Fluren usw. Daß durch das im Bau selbst verwendete Material im Gegensatz gegen früher mehr Aufwand notwendig macht, wird vom Verfasser zugegeben; diese Mehrkosten werden jedoch hauptsächlich durch Forderung der Bauhygiene (Ausrundung an Wänden und Decken, glatte Profilierungen usw.) bedingt und nicht durch luxuriöse architektonische Ausstattung; denn die jetzigen Krankenhäuser seien mit wenigen Ausnahmen schlichte Anlagen, die nur durch die Anordnung und durch die Größe monumental wirken. Vielmehr werde der Krankenhausbau durch die medizinischen und hygienischen Einrichtungen verteuert, die bei dem modernen Krankenhaus eine ganz gewaltige Rolle in bezug auf die Kosten spielen, da nicht nur die erforderlichen Apparate und Instrumente usw. sehr erhebliche Kosten verursachen, sondern noch mehr die zu ihrem Betrieb notwendigen baulichen und sonstigen Verkehrungen. Zur Verbilligung der Krankenhausbauten und ihrer Einrichtung macht Verfasser am Schluß folgende Vorschläge:

„1. Die Vorschriften der Preußischen Staatsregierung über Anlage, Bau und Einrichtung der Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten sollten entsprechend geändert werden.

2. Durch Herstellung von Leicht-Krankenhäusern (Anstalten für Leichtkranke, Erholungsheime und dergleichen) sollten die eigentlichen Krankenhäuser entlastet werden.

3. Bei der Entwurfsbearbeitung und Einteilung des Baues muß auf die soziale Zusammensetzung des Bezirks oder der Stadt Rücksicht genommen werden.

4. Die gesamten Einrichtungen müssen durch Industrialisierung und durch Aufstellen von Typen verbilligt werden.

5. Bei der Projektierung sind Sachverständige beizuziehen, die ins-

besondere darüber zu entscheiden haben, in welchem System gebaut werden soll, ob ein Einheitsbau (Korridorsystem) zu wählen oder, wo es speziell notwendig ist, das Projekt in verschiedene Gebäude aufzulösen ist, ob weiterhin die Trennung (horizontal oder vertikal) der Geschlechter durchgeführt werden oder ob eine Einteilung nach Krankheitsgattungen stattfinden soll."

Bei der Beachtung dieser Punkte sei es sehr leicht möglich, die Kosten des Baues und der Einrichtung in normalen Grenzen zu halten. Man dürfe aber nicht außer Acht lassen, daß das heutige Krankenhaus eine Gesundheitsstätte für Lebensschwache ist und nicht mit den früheren Anstalten, die lediglich Unterkunftsräume für Leidende darstellten, verglichen werden kann. Jedes Krankenhaus, selbst das kleinste, muß, abgesehen von den medizinischen Einrichtungen, so beschaffen sein, daß es auf die Seele des Kranken einen wohltuenden Eindruck macht. Rpd.

6. Krankenpflegepersonen.

Die Ausbildung des Pflegepersonals für Krankenanstalten und die private Krankenpflege. Von Dr. Franz Patschke, Arzt in der Heilanstalt „Waldhaus" in Nikolassee. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge; 51. Bd., 1. H.; Jhrg. 1916, 1. H.

Patschke gibt zunächst eine eingehende Schilderung der zurzeit in Deutschland bestehende Ausbildung des Pflegepersonals, unter dem er alle männlichen und weiblichen Pflegepersonen versteht, die „Hilfspersonen des Arztes in der gesamten Krankenfürsorge und als solcher ein wichtiger Heilfaktor bei der Krankenbehandlung und Krankenversorgung sind". Es folgt dann eine Besprechung dieser Ausbildung in England und Amerika und im Anschluß hieran eine kritische Betrachtung der einschlägigen Verhältnisse in diesen drei Staaten. Verfasser verlangt ein zweites Lehrjahr für das Pflegepersonal in Deutschland, da das jetzt in einem Jahre zu bewältigende Pensum überaus groß sei und dem amerikanischen und englischen, wo die Lehrzeit 2—3 Jahre dauere, nicht viel nachstehe. Die Hauptsache für die Ausbildung sei, daß den Pflegepersonen die grundlegenden Lehren in der allgemeinen Krankenpflege beigebracht werden; die Spezialausbildung müßte nach bestandener Prüfung in einem zweiten Lehrkursus mit nochmaliger Prüfung erfolgen. Patschke empfiehlt daher in seinen Sclußsätzen einen zweijährigen Lehrkursus in zwei Abschnitten mit je einem Schlußexamen, wobei dem zweiten Jahre die Spezialisierung vorbehalten bleiben könnte. Auch das Pflegepersonal in den Irrenanstalten müßte zunächt in der allgemeinen Krankenpflege ausgebildet werden, die Ausbildung nur an Irrenanstalten sei zu einseitig. Die Privatkrankenpflege erfordere außer erhöhten Kenntnissen in der eigentlichen Krankenpflege noch die Beherrschung der wirtschaftlichen Gegenstände und besondere persönliche Eigenschaften; leider haben sich aber gerade in diese zahlreiche unausgebildete und ungeeignete Elemente hineingedrängt, deren Ausschaltung durch größere Ausbreitung und Zentralisation der Fachverbände anzustreben sei. Für die Privatpflegepersonen müßte außerdem besondere Gelegenheit zu Wiederholungs- und Fortbildungskursen gegeben werden, damit sie sich stets auf dem Laufenden erhalten können. Jedenfalls ist nach Ansicht des Verfassers eine gründliche Abhilfe aller auf diesem Gebiete noch vorhandenen Mißstände nur durch eine obligatorische staatliche Prüfung nach genügend langer Ausbildungszeit für alle Pflegepersonen zu erreichen. Rpd.

7. Soziale Hygiene.

Das heutige Zahnelend und der einzige Weg zu seiner Besserung. Von Kunert, Zahnarzt in Breslau. Deutsche zahnärztliche Wochenschrift; Jahrg. 18, Nr. 14.

Weder beim Menschen noch beim Tier tritt Karies auf, solange die Zähne durch harte, am besten rohe Nahrungsmittel mechanisch genügend beansprucht werden. Erst der Uebergang zu weicher Kost läßt die Zahnfäule entstehen. Das Ziel aller zahnhygienischen Bestrebungen, wenn sie sich nicht mit Schein- und Augenblickserfolgen zufrieden geben wollen, kann nur in der Rückleitung unseres Volkes zu gröberer Kost, vor allem zu einem richtigen, energisches Kauen erfordernden Vollkornbrot, und in der Einschränkung des

Zuckergenusses, besonders der Zucker-Feinmahlgemische liegen. Alle anderen Maßnahmen, wie die Förderung der Zahnpflege durch Bürste und Zahnputzmittel, sogar die zahnärztliche Behandlung haben dieser wichtigsten Aufgabe gegenüber eine mehr nebensächliche Behauptung.

Wir verzehren heute fast unser gesamtes Getreide, von der Kleie befreit und das Innere des Korns zu allerfeinstem Mehl vermahlen, als Weißbrot, Weizenfeingebäck, Kuchen und Gebäckarten, die den Kiefern so gut wie keine Arbeitsleistung zutrauen, dagegen durch ihre klebrige Beschaffenheit, durch das Hängenbleiben von säurebildenden Resten an und zwischen den Zähnen und in den Grübchen der Kauflächen ebenso wie die gekochte Nahrung ihr Teil zur raschen Zerstörung der Zähne beitragen. Die Entwicklung der Mühlenindustrie, die Walzmühlentechnik, die Einschränkung der Eigenbäckerei unter Bevorzugung hellen und frischen Gebäcks und der sehr gestiegene Zuckerverbrauch sind hauptsächlich für das Zahnelend verantwortlich zu machen.

Ein richtiges Mehl soll grob vermahlen, scharf zerrissen, aber nicht breitgequetscht sein, wie es durch die Walzmühlen geschieht. Die Mühlenindustrie muß wieder Mühlensteine oder ähnliche Einrichtungen einführen, die das Getreide „schroten". Durch die Excelsior-Mühlen der Firma Krupp in Magdeburg-Buckau ist das Problem gelöst. Ferner müssen wir zum Backsteinofen zurück, weil er allein im langsamen Backprozeß das Brot richtig durchzubacken und eine genügend dicke Rinde zu schaffen vermag.

Dr. Roepke-Melsungen.

Wohnrenten für Kinderreiche durch Sparpflicht vor der Heirat. Von Dr. jur. Schmittmann, Hochschul-Professor in Köln a. Rh. Sonderabdruck aus der Monatsschrift für die Bestrebungen der christlich-nationalen Arbeiterschaft „Deutsche Arbeit", Nr. 3, vom 1. März 1916.

Der Verfasser betritt mit dieser Abhandlung einen neuen, und wie es dem Referenten scheint, sehr praktischen Weg, um das Wohnungselend der Familien mit zahlreichen Kindern abzuhelfen. Er geht von dem wohl richtigen Gedanken aus, daß die Wohnungsfrage des Proletariates eine Lohnfrage ist. Die Kleinwohnungen sind unrentabel, mit starkem Risiko verbunden. Die Abnutzung der Wohnungen durch Familien mit starker Kinderzahl, die Unsicherheit des Einganges des Mietzinses hindert an der Bereitstellung von Kleinwohnungen. Die hohe Aufgabe, die aber gerade gegenwärtig den Familien mit großer Kinderzahl im Erhalt der Nation zufällt, finden eine durchgreifende Maßregel. Als solche empfiehlt der Verfasser die Sparpflicht der Ledigen, die in engster Verbindung mit der Invalidenversicherung durch Markenkleben durchzuführen ist. Ledige Personen haben in der ersten Lohnklasse 16 Pfg., in der zweiten 24 Pfg., in der dritten 32 Pfg., in der vierten 40 Pfg. wöchentlich zu kleben, was die Lebensverhältnisse der Ledigen gegenüber denjenigen der Familien in keiner Weise beeinträchtigt. Dadurch kommen alljährlich 174 Millionen zusammen, von denen nach Abzug einer allgemeinen Kapitalisierung alljährlich 131 Millionen direkt zur Erhaltung von Arbeiterwohnungen verwendet werden können. Die Frage der Beitragspflicht der Arbeitgeber beantwortet Verfasser nicht bestimmt, empfiehlt aber den Zwang.

Der Arbeiter hat ein Recht an der von der Allgemeinheit angesammelten Gesamtsumme. (Referent möchte noch eine Ergänzung hinzu vorschlagen. Neben der durch den Krieg erzwungenen Sozialisierung der Lebensmittel könnte auch eine solche der Wohnungen Platz greifen. Jeder Staatsbürger, dessen Wohnräume die von dem Staat aufzustellende Norm für das Wohnbedürfnis wesentlich übersteigen, sollte zugunsten der Wohnungen des Proletariates besteuert werden.

Dr. Graßl-Kempten.

Geburtenrückgang in der Provinz Posen. Von Kreisarzt Dr. Larass-Koschmin. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. V. Bd., 5. H. Berlin 1916. Verlag von Richard Schütz. Groß 8°, 30 S. Preis: 1 Mark.

Verfasser kommt auf Grund seiner eingehenden Ausführungen und der diesen beigefügten zahlreichen tabellarischen Uebersichten zu folgenden Schlußergebnissen:

„1. In der Landbevölkerung der Provinz Posen ist zwar eine Abnahme



der Geburtenziffern festzustellen, doch ist sie weder auf eine Verminderung der Fruchtbarkeit, noch auf eine gewollte Beschränkung der Kinderzahl zurückzuführen, sondern die Folge einer unter dem Einfluß der Abwanderung verminderten Zusammensetzung des Volkskörpers.

2. Neben den herrschenden religiös-sittlichen Anschauungen hat besonders wirtschaftliche Wertigkeit des Kindesalters hier noch nicht den Wunsch nach einer Beschränkung der Kinderzahl allgemeiner werden lassen.

3. Als wirksamstes Mittel zur Sicherung und Hebung des Volksbestandes ist die Vermehrung des bäuerlichen Besitzstandes durch Aufteilung und Besiedlung anzusehen, wobei auf Erhaltung der wirtschaftlichen Wertigkeit des Kindesalters unter möglichster Ausschaltung zurzeit bestehender Mißstände zu achten ist.“ Rpd.

Rückblick auf die Literatur des Geburtenrückganges. Von Geh. Reg.-Rat Dr. E. Würzburger-Dresden. Soziale Praxis; Nr. 21.

Verfasser weist darauf hin, daß in der bisherigen überreichen Literatur über den Geburtenrückgang sich verschiedene Irrtümer befinden. So wird allgemein behauptet, daß die Geburtenziffer im Deutschen Reiche schon seit 40 Jahren in beständigem Sinken begriffen sei; tatsächlich ist aber dieses Sinken, wenn man von der Hochflut der Geburtenziffer in der Mitte der 70er Jahre, bedingt durch die Hochflut der Eheschließungen nach dem Feldzuge 1870/71, absieht, erst in dem Jahrfünft 1901/1905 eingetreten; denn die Ziffer der lebendgeborenen Kinder war im Jahre 1901 auch fast ebenso hoch wie 1892 und 1866 (37,0—38,0 auf 1000 Einwohner). Falsch ist auch die Behauptung, daß die Sterblichkeitsminderung die mit dem Geburtenrückgang entstandene Bevölkerungsabnahme ungefähr ausgeglichen habe; der Sterblichkeitsrückgang ist vielmehr bis zur Jahrhundertswende ungeschmälert der Bevölkerungszunahme zugute gekommen und hat demzufolge eine beispielose Zunahme der Bevölkerung bewirkt. Während nun vor der Jahrhundertswende der Sterblichkeitsrückgang fast ausschließlich die Erwachsenen oder richtiger gesagt die jenseits des Säuglingsalters stehenden Personen betroffen hat, ist er später vorzugsweise bei Kindern unter einem Jahre eingetreten; die volle Zahl der Sterbefälle betrug z. B. 1901 bei den letzteren 420223, bei den übrigen Personen 754166 im Jahre 1912 dagegen 275571 (also 144652 weniger) bezw. 754178 (also nur 88 weniger). Jedenfalls steht das Deutsche Reich in bezug auf die Volksvermehrung an der Spitze der europäischen Großmächte; denn zwischen den beiden letzten Volkszählungen betrug diese jährliche Vermehrung hier 13,6 ‰, dagegen in Rußland nur 11,4 ‰, in Oesterreich-Ungarn un Großbritannien 8,7 ‰, in Italien 6,3 ‰ und in Frankreich nur 1,8 ‰. Die Erfolge der im Deutschen Reiche besonders seit dem Jahrhundertbeginn eingesetzten Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit werden vielfach zu gering eingeschätzt, obwohl sie phänomenal genannt werden müssen (im Deutschen Reich von 20,7 % auf 14,7 %, im Königreich Sachsen von 25,73 % auf 15,65 %). Ebenso ist die Gleichzeitigkeit des Eintritts von Geburten- und Säuglingssterblichkeits-Rückgang meist ganz unbeachtet geblieben und dadurch die Erforschung der Ursachen für die Geburtenabnahme auf andere, zu irrtümliche Schlußfolgerungen führenden Wege gelenkt. Für die Bevölkerungsentwicklung ist nicht die Geburts-, sondern die Aufwuchsziffer maßgebend. Die jährliche Aufwuchsziffer, für deren Feststellung etwa der Eintritt ins siebente Lebensjahr zur Grundlage dienen kann, gibt in Verbindung mit der Ziffer der über diesem Alter jährlich Sterbenden die Veränderung des ganzen Volksbestandes an, der praktisch für die Zukunft allein in Betracht kommt. Die Aufwuchsziffer hat sich aber in der Zeit des Geburtenrückganges nicht vermindert, sondern sogar vermehrt. Wird durch die angepriesenen Abhilfemittel tatsächlich eine Wiedererhöhung der Geburtsziffer erreicht, so wird diese durch eine dann einsetzende erhöhte Säuglingssterblichkeit bald wieder ganz eitel gemacht werden, ganz abgesehen davon, daß sich die meisten der empfohlenen Abhilfemittel, z. B. in Frankreich, als unwirksam erwiesen haben. Verfasser will mit dieser Ansicht jedoch nicht den Standpunkt vertreten, als ob eine noch stärkere Volksmehrung als die gegenwärtige nicht anzustreben sei; eine solche erweise sich schon mit Rücksicht auf die großen Menschenverluste des jetzigen Krieges notwendig und sei auch

mit Rücksicht darauf geboten, daß ein von übelwollenden Nachbarn umgebener Staat an Volkszahl gar nicht stark genug sein könne. Diese Volkszunahme muß aber, um keine Uebervölkerung des alten Bodens herbeizuführen, durch Kolonisation, also durch die Form erfolgen, in der sich die Völker erfahrungsgemäß verjüngen. Bei dieser Kolonisation müssen „wir jedoch unseren Blick nicht auf fernere Erdteile richten, wo die Gefahr der Entfremdung zwischen Kolonisten und Mutterland neben anderen Gefahren droht, sondern dorthin, wo in unseren jetzigen Ostprovinzen das vor Jahrhunderten begonnene Werk deutschen Unternehmungsgeistes des erlösenden Wortes harrt.“ Rpd.

---

8. Statistik.

Der wöchentliche Verlauf der Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit in den Großstädten mit mehr als 200000 Einwohnern während der Zeit vom 1. August bis 30. Oktober 1915. Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes; 1916, Nr. 5.

Um im Anschluß an die erstmalige statistische Bearbeitung der Wochennachweise über die Bevölkerungsvorgänge in den deutschen Großstädten mit mehr als 200000 Einwohnern, die sich auf die Zeit vom 4. April bis 31. Juli 1915 erstreckte, den weiteren Einfluß des Krieges auf die Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit in diesen Städten verfolgen zu können, ist vom Kaiserlichen Gesundheitsamte in der die wöchentliche Zu- oder Abnahme der absoluten Zahlen der Lebendgeborenen und der Sterbefälle im 1. Lebensjahre während der Zeit vom 1. August bis 30. Oktober 1915 gegenüber der entsprechenden Zeit des Vorjahrs[1]) zusammengestellt. Zur Erzielung einer Vergleichsmöglichkeit der Ergebnisse dieser mit denen des früheren, 17 Wochen umfassenden Beobachtungszeitraums wurde außerdem der wöchentliche Durchschnitt der Zu- oder Abnahme der absoluten Zahlen der Lebendgeborenen und der Sterbefälle im 1. Lebensjahre während der einzelnen Beobachtungszeiträume beider Vergleichsjahre berechnet und miteinander in Vergleich gestellt.

Wie der Vergleich des wöchentlichen Durchschnitts der absoluten Zu- oder Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen zeigt, war in der Mehrzahl der aufgeführten Großstädte die Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen während der Zeit vom 1. August bis 30. Oktober 1915 gegenüber der entsprechenden Zeit des Vorjahrs größer als in dem vorangegangenen Beobachtungszeitraum. Hierbei ist allerdings zu bedenken, daß sich der letztere auch auf die Zeit vom 4. April bis 1. Mai 1915 erstreckte, in der ein Einfluß des Krieges auf die Geburtenhäufigkeit sich noch gar nicht geltend machen konnte. Es muß daher schon aus diesem Grunde die wöchentliche Durchschnittszahl der Geburtenabnahme während des zweiten, ganz unter dem Kriegseinfluß stehenden Beobachtungszeitraums größer sein als die des vorausgegangenen. Dennoch war die wöchentliche durchschnittliche Abnahme während des zweiten Beobachtungszeitraums in den meisten Städten nur wenig größer als die des ersten. Ein bedeutsamer Anstieg der wöchentlichen durchschnittlichen Geburtenabnahme hatte sich nur in Hamburg (von 99,5 während des ersten Beobachtungszeitraums auf 148,4 während des zweiten), in Leipzig (von 39,5 auf 64,9), in Cöln (von 16,5 auf 65,2) und in Königsberg (von 23,9 auf 66,2) ergeben. Dagegen zeigte sich eine verminderte Abnahme in Berlin (von 141,4 auf 137,4), in Frankfurt a. M. (von 46,2 auf 32,8), in Stuttgart (von 30,4 auf 28,8), in Neukölln (von 29,0 auf 26,4) und in Kiel (von 13,1 auf 8,8), während in Breslau überhaupt keine Veränderung hierin (52,5 bezw. 52,9) eingetreten ist. Die einzige Stadt, welche eine Zunahme der absoluten Zahl der Lebendgeborenen während des zweiten Beobachtungszeitraums zu verzeichnen hatte, war wiederum Essen, doch war die Zunahme während des zweiten Beobachtungszeitraums geringer als während des ersten. Trotz des starken Anwachsens der Bevölkerung infolge Einverleibung um mehr als 100000 im Jahre 1915 war die wöchentliche Zunahme der Zahl der Geborenen während der Zeit vom 1. August bis 30. Oktober 1915 in dieser Stadt nur um 13 größer als die Geburtenzahl während der entsprechenden Zeit des Vorjahrs.

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift, Jhrg. 1915; Nr. 23, S. 721.

Wie verschieden die Abnahme der wöchentlichen Durchschnittszahl der Lebendgeborenen in einzelnen Städten in dem ganzen, 30 Wochen umfassenden Beobachtungszeitraum vom 4. April bis 30. Oktober 1915 gegenüber der entsprechenden Zeit des Vorjahrs sich gestaltete, kann man ersehen, wenn man die Grenzwerte dieser Abnahme in den einzelnen Ortsgrößenklassen einander gegenüberstellt. So war die durchschnittliche wöchentliche Abnahme in den beiden Städten der Ortsgrößenklasse mit mehr als 1 Million Einwohnern, nämlich in Berlin mit 139,7 und in Hamburg mit 120,7 nur wenig verschieden, obgleich die Einwohnerzahl Hamburgs nur etwas mehr als die Hälfte derjenigen Berlins zurzeit beträgt. In der Ortsgrößenklasse von mehr als 500 000 bis 1 000 000 Einwohnern bewegten sich diese Grenzwerte zwischen 37,6 (Cöln) und 58,8 (Dresden), in der Ortsgrößenklasse von 400 000 bis 500 000 Einwohnern zwischen 40,4 (Frankfurt a. M.) und 44,8 (Düsseldorf), in der Ortsgrößenklasse von 300 000 bis 400 000 Einwohnern zwischen 24,0 (Charlottenburg) und 52,9 (Nürnberg) und in der Ortsgrößenklasse von 200 000 bis 300 000 Einwohnern zwischen 6,4 (Berlin-Schöneberg) und 45,2 (Duisburg).

Vergleicht man nun die Zahl der Lebendgeborenen während der Zeit vom 1. August bis 30. Oktober 1915 mit derjenigen während der entsprechenden Zeit des Vorjahrs für sich, so zeigt sich, daß sie in der Gesamtheit der 25 Städte, von denen vollständige Nachweise vorliegen, um 15 457 oder **26,2** % abgenommen hat. Die Abnahme war in den einzelnen Städten sehr verschieden groß; diese Verschiedenheit tritt besonders deutlich zutage, wenn für die Werte der absoluten Abnahme Indexziffern berechnet werden. Das Ergebnis dieser Berechnung ist im Vergleiche mit dem der gleichen Berechnung für die erste Vergleichsperiode folgendes:

Städte	Zahl der Lebendgeborenen in der Zeit vom 4. April bis 31. Juli 1915	vom 1. Aug. bis 30. Oktober 1915	Unterschied
	gegenüber dem entsprechenden Zeitraum des Vorjahrs, wenn die Angaben für den letzteren = 100 festgesetzt werden		
1. Essen	120,2	107,6	— 12,6
2. Cöln	94,2	77,3	— 16,9
3. Kiel	87,9	90,9	+ 3,0
4. Berlin-Schöneberg	86,9	82,0	— 4,9
5. Leipzig	84,1	72,3	— 11,8
6. Dortmund	83,8	74,3	— 9,5
7. Chemnitz	83,4	62,6	— 20,8
8. Hannover	82,4	74,2	— 8,2
9. Königsberg	81,8	59,2	— 22,6
10. München	81,2	74,4	— 6,8
11. Charlottenburg	81,1	69,4	— 11,7
12. Stettin	80,9	68,7	— 12,2
13. Breslau	80,4	78,8	— 1,6
14. Berlin	80,2	78,9	— 1,3
15. Düsseldorf	79,8	71,9	— 7,9
16. Danzig	79,6	70,5	— 9,1
17. Bremen	78,7	68,8	— 9,9
18. Stuttgart	78,2	77,0	— 1,2
19. Hamburg	76,2	63,9	— 12,3
20. Duisburg	74,4	65,0	— 9,4
21. Dresden	74,3	69,2	— 5,1
22. Frankfurt a. M.	73,5	77,9	+ 4,4
23. Magdeburg	73,1	72,7	— 0,4
24. Neukölln	72,2	71,2	— 1,0
25. Nürnberg	68,8	63,4	— 5,4

Wie dieser Vergleich zeigt, hat das Maximum der relativen Geburtenabnahme, das während der ersten Vergleichsperiode von Nürnberg

mit 68,8 erreicht worden war, während der zweiten Vergleichsperiode weiterhin zugenommen, indem die Indexziffer von Königsberg von 81,8 auf 59,2 sank. Diese auffallende Erscheinung findet ihre Erklärung dadurch, daß die Zahl der Lebendgeborenen in Königsberg im Oktober 1914 eine außergewöhnliche Zunahme wohl infolge der Aufnahme vieler Flüchtlinge erfahren hatte, wodurch die Abnahme in der entsprechenden Zeit des Jahres 1915 viel zu groß erscheint. Es kann daher eigentlich nur die Indexziffer der Stadt Chemnitz mit 62,6 als Maximum der relativen Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen während der zweiten Vergleichsperiode angesehen werden. Außer in diesen beiden Städten trat nur noch in Cöln, Essen, Hamburg, Stettin, Leipzig und Charlottenburg eine bedeutsame weitere Abnahme der Indexziffer für die zweite Vergleichsperiode in Erscheinung. In den übrigen Städten war die Veränderung der Indexziffer der Geburtenabnahme von geringerer Bedeutung, in zwei Städten (Kiel und Frankfurt a. M.) war die relative Geburtenabnahme während der zweiten Vergleichsperiode sogar geringer als während der ersten. Wenngleich die Indexziffer von Frankfurt a. M. nur von 73,5 auf 77,9 anstieg, so wurde durch diese Zunahme erreicht, daß diese Stadt in der Reihenfolge der Städte nach der Größe ihrer Geburtenabnahme von der 22. Stelle während der ersten Vergleichsperiode auf die 6 günstigste Stelle während der zweiten Periode rückte. Ebenso hat sich auch die Stellung der Stadt Berlin in dieser Reihenfolge bedeutend gebessert, indem sie von der 14. auf die 4. günstigste Stellung aufrückte, da die Veränderung der Indexziffer ihrer Geburtenabnahme während der zweiten Periode nur geringfügig gewesen war und sich sogar, wie schon erwähnt, dort eine Verminderung der wöchentlichen Durchschnittszahl der absoluten Abnahme der Lebendgeborenen ergeben hatte. Die gleichen Verhältnisse lassen sich auch in Neukölln beobachten, wo sich die Indexziffer der Geburtenabnahme ebenfalls nur wenig verändert hat, nämlich von 72,2 während des ersten auf 71,2 während der zweiten Periode, ferner in Magdeburg und in Stuttgart, wo sich die Indexziffer während der gleichen Zeit von 78,1 auf 72,7 bezw. von 78,2 auf 77,0, also nur um 0,4 bezw. um 1,2 verminderte.

Vergleicht man nun die Geburtenabnahme während des Beobachtungszeitraums vom 1. August bis 30. Oktober 1915 gegenüber dem entsprechenden Zeitraum des Vorjahrs mit der Veränderung der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahre während derselben Vergleichszeit, so ersieht man, daß der Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen in der Gesamtheit der 25 Großstädte um 15457 eine solche der Säuglingssterbefälle um 6354 gegenübersteht. Der Ausfall der Geburten wurde also nahezu bis zur Hälfte durch die Verminderung der Säuglingssterblichkeit ausgeglichen. Die Geburtenabnahme erscheint hierdurch in einem viel milderem Lichte, da aus diesem Erfolge schon jetzt geschlossen werden kann, daß die Zahl der das 1. Lebensjahr Ueberlebenden im Jahre 1915 sich viel weniger verringern dürfte als die der Lebendgeborenen. Für die Volksvermehrung ist jedoch die Zahl der das 1. Lebensjahr Ueberlebenden von maßgebender Bedeutung.

Es fragt sich nun, auf welche Ursachen die bedeutungsvolle Abnahme der Säuglingssterblichkeit in den Monaten August bis Oktober 1915 gegenüber dem gleichen Zeitraum des Vorjahrs zurückzuführen ist. Da bereits während der ersten Vergleichsperiode in allen hier aufgeführten Städten mit Ausnahme von Essen die absolute Zahl der Lebendgeborenen sich zu vermindern begann, so ist klar, daß infolge der Verminderung der Zahl der dem Sterben ausgesetzten Säuglinge sich auch deren Sterbefälle vermindern mußten. Aus der Berechnung der prozentualen Abnahme der absoluten Zahl der Lebendgeborenen und der Sterbefälle im 1. Lebensjahre während dieses Beobachtungszeitraums gegenüber dem entsprechenden Zeitraum des Vorjahrs läßt sich jedoch ersehen, daß die Abnahme der Zahl der Säuglingssterbefälle während dieser Vergleichszeit in allen Städten prozentual viel größer war als die der Geburtenzahl. Die Abnahme betrug nämlich für die Gesamtheit der aufgeführten Städte bei den Sterbefällen im 1. Lebensjahre 52,9%, während sie bei den Lebendgeborenen, wie schon erwähnt, nur 26,2% erreichte. **Die prozentuale Abnahme der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahre war also gerade noch einmal so groß als die der Lebendgeborenen während der gleichen Zeit.**

Wie es scheint, ist die Größe der prozentualen Abnahme der Lebendgeborenen nicht ohne Einfluß auf die prozentuale Abnahme der Sterbefälle im 1. Lebensjahre gewesen; denn von den 11 Städten, welche eine unterdurchschnittliche prozentuale Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen aufweisen, zeichnen sich nur 4 durch eine überdurchschnittliche Abnahme der Säuglingssterblichkeit aus, nämlich Berlin mit 53,3 %, Stuttgart mit 53,8 %, Berlin-Schöneberg mit 58,3 % und Hannover mit 63,1 %; dagegen befinden sich unter den 14 Städten mit einer überdurchschnittlichen prozentualen Abnahme der Sterbefälle im 1. Lebensjahre 9 Städte mit einer ebenfalls überdurchschnittlichen prozentualen Abnahme der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahre, nämlich Dresden mit 52,7 %, Königsberg mit 53,7 %, Neukölln mit 54,5 %, Nürnberg mit 57,4 %, Duisburg mit 60,4 %, Leipzig mit 61,7 %, Düsseldorf und Hamburg mit je 63,9 % und Chemnitz mit 70,6 %. Am geringsten ist die prozentuale Abnahme der Sterbefälle im 1. Lebensjahr in Kiel mit 22,1 %, wo auch die prozentuale Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen mit 9,1 % am geringsten ist; dagegen ist, wie schon erwähnt, die prozentuale Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen am höchsten in Chemnitz mit 37,4 %, wenn man von der nicht vergleichbaren Ziffer für Königsberg absieht, und dementsprechend auch die prozentuale Abnahme der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahre mit 70,6 % am größten.

Diese Beziehungen lassen vermuten, daß im allgemeinen mit dem Grade der Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen sich eine zunehmende Fürsorgetätigkeit für die Säuglinge in einzelnen Städten entwickelte oder daß diese Tätigkeit jetzt besser zur Wirkung kommen konnte, da sie den hilfsbedürftigen Säugling mehr erreichte als bei der früheren größeren Säuglingszahl. Dazu kamen freilich die günstigen Temperaturverhältnisse in den Sommermonaten des Jahres 1915 als begünstigender Umstand hinzu; denn der Einfluß der Temperaturverhältnisse in den Sommermonaten auf die Säuglingssterblichkeit macht sich bekanntlich gerade in den Großstädten am meisten geltend. Hätten sich die Temperaturverhältnisse in den Sommermonaten des Jahres 1915 ungünstig gestaltet, so wäre der durch den Krieg bedingten Geburtenabnahme infolge eines gleichzeitigen Anstiegs der Säuglingssterblichkeit vermutlich eine viel größere Bedeutung zugefallen, als ihr nach den bisher vorliegenden Nachweisen über die gleichzeitig einhergehende starke Verminderung der Säuglingssterblichkeit zuzukommen scheint.

Tagesnachrichten.

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 1. Mai einen **Nachtrag zur deutschen Arzneitaxe 1916** beschlossen. Dieser Nachtrag enthält Aenderungen der Preise für einzelne Gefäße unter Abschnitt A III Ziffer 12 b der deutschen Arzneitaxe 1916 und der Preisliste der Arzneimittel unter Abschnitt E daselbst als Nachtrag zu der durch den Bundesratsbeschluß vom 16. Dezember 1915 festgestellten deutschen Arzneitaxe für 1916. Weitere Aenderungen in der Preisliste der Arzneimittel Abschnitt E der deutschen Arzneitaxe, die während der Dauer des Krieges infolge des Steigens der Großhandelspreise für die Arzneistoffe notwendig werden, wird der Reichskanzler feststellen.

Am 29. April d. J. ist das **Kaiser Wilhelm-Institut für Biologie**, das vierte Forschungsinstitut der im Jahre 1910 gegründeten **Kaiser Wilhelms-Gesellschaft** zur Förderung der Wissenschaften, eröffnet worden. Es liegt ebenfalls auf dem Gebiet der ehemaligen Domäne Dahlem bei Berlin, südlich von den beiden im Jahre 1912 eröffneten Kaiser Wilhelm-Institute für Chemie, physikalische Chemie und Elektrochemie, und östlich von dem im Jahre 1913 eröffneten Kaiser Wilhelm-Institut für experimentelle Therapie. Zum ersten Leiter des neuen Instituts ist Prof. Dr. C. Correns-Münster i. W., zum zweiten Direktor Prof. Dr. H. Spemann-Rostock ernannt. Außerdem sind noch Prof. Dr. M. Hartmann vom Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ als Leiter der Abteilung für Protistenkunde, Dr. O. Warburg als Leiter der Abteilung für Physiologie berufen.

Erste Ausschußsitzung einer neuzubildenden Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene. Infolge der im vorigen Jahre von San.-Rat Dr. Hanauer-Frankfurt a. M. gegebenen Anregung (s. diese Zeitschrift, Jahrgang 1916, Nr. 18, S. 566), hat sich behufs Gründung einer Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene ein Ausschuß gebildet, in den folgende Herren eingetreten sind: Kreisarzt Dr. Ascher-Berlin, Hofrat Dörnberger-München, Dr. Effler-Danzig, Dr. A. Fischer-Karlsruhe, Dr. Fürst-Hamburg, Stadtarzt Prof. Gastpar-Stuttgart, San.-Rat Dr. Hanauer-Frankfurt a. M, Hofrat Prof. Dr. Hüppe-Dresden, Prof. Dr. Kisskalt-Königsberg, Stadtarzt Dr König-Frankfurt a. M., Dr. Kolb-München, Landesgewerbearzt Med.-Rat Dr. Kölsch-München, Beigeordneten Prof. Dr. Krautwig-Köln, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kruse-Leipzig, Dr. Moses-Mannheim, San.-Rat Dr. Prinzing-Ulm, Reg.-Rat Dr. Rößle-Berlin, Prof. Dr. Salge-Straßburg, Hofrat Prof. Dr. Schottelius-Freiburg, Prof. Dr. Schloßmann-Düsseldorf, Stadtschularzt Dr. Thiele-Chemnitz, Obermedizinalrat Prof. Dr. Tjaden-Bremen, San.-Rat Dr. Weinberg-Stuttgart. Am 25. April d. J. hat die erste Sitzung dieses Ausschusses im Hygienischen Institut zu Leipzig unter Vorsitz von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kruse stattgefunden. Erschienen waren vom Ausschuß die Herren Dr. Ascher, Dr. Fischer, Dr. Hanauer, Dr. Hüppe, Dr. Kisskalt, Dr. Kölsch, Dr. Kruse, Dr. Rößle und Dr. Thiele. Auf Einladung nahmen noch Stadtrat Dr. Gottstein-Charlottenburg, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth-Potsdam, Prof. Dr. Rille und Prof. Thiemich und Stadtarzt Dr. Pötter-Leipzig an der Sitzung teil. Die Versammlung war sich einig, daß eine große Organisation, eine umfassende sozial-hygienische Zentrale geschafft werden müsse. Es sollen hier besonders gepflegt werden: Medizinalstatistik und Bevölkerungspolitik, Wohnugs- und Ortschaftshygiene, die Jugendfürsorge, Frauen- und Mutterschutz, Krankenfürsorge, Berufshygiene und soziales Versicherungswesen, Bekämpfung der Volksseuchen, Volksernährung und Alkoholismus, Medizinalverwaltung und Gesetzgebung, populäre Aufklärung über Hygiene. Die Festsetzung der endgültigen Form der neuen Organisation bleibt einer späteren Sitzung des Ausschusses vorbehalten.

Die diesjährige **XX. General-Versammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose** findet am Freitag, den 19. Mai 1916, vormittags 10 Uhr in Berlin im Reichstagsgebäude (Saal 12, Obergeschoß); Eingang V (Reichstagsufer) statt.

Tagesordnung:

1. Geschäftsbericht. 2. Rechnungslegung für 1915 und Voranschlag für 1916. 3. Wahl zweier Rechnungsprüfer und zweier Stellvertreter derselben. 4. Vortrag: „Aufgaben der Tuberkulosebekämpfung während des Krieges". Berichterstatter: Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner. 5. Anträge und Mitteilungen.

Unmittelbar an diese Sitzung schließt sich eine **Sitzung des Ausschusses** mit der Tagesordnung: 1. Wahl eines Präsidialmitgliedes. 2. Anträge und Mitteilungen.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das
Eiserne Kreuz I. Kasse:
Oberarzt d. Res. Dr. Joh. Ollrich-Neudorf (Oberschles.).
Stabsarzt d. Res. Dr. Schenke-Flensburg.
Stabsarzt d. L. Dr. Schirmer-Grünberg i. Schles.
Oberstabsarzt Dr. Ludwig Schmidt-Berlin (Wilmersdorf).
Oberstabsarzt Prof. Dr. Paul Sick-Leipzig.
Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Zürn-Brieg.

Das Königlich Sächsische Kriegsverdienstkreuz: Geh. Med.-Rat Dr. Eras, Bezirksarzt a. D. in Pirna, Medizialamtmann Dr. Franke in Dresden, ständiger Hilfsarbeiter beim Landesgesundheitsamt.

Das Großherzogl. Mecklenburgische Militär-Verdienst-

kreuz am roten Bande: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Körner, Prof. Dr. Bumke, Prof. Dr. Fröboes-Rostock.

Der Oesterreichische Franz Josef-Orden: Obermedizinalrat Dr. Ilberg, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Sonnenberg (Königr. Sachsen).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:
Marinestabsarzt Dr. Fritz Baumann-Passau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Danielsen-Beuthen (Oberschles.).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Funke.
Oberstabsarzt d. L. und Chefarzt eines Reserve-Lazaretts Geh. Med.-Rat Dr. **Otto Horn**-Tondern (gestorben infolge einer Operation).
Stabsarzt d. Res. a. D. Dr. Emil Kruse-Wangelin (Mecklenburg) (infolge Krankheit gestorben).
Marinestabsarzt d. Res. Dr. **Leonhard**, Kreisarzt in Daun (an Flecktyphus gestorben).
Feldunterarzt Dr. Waldemar Meyer-Celle.
Feldunterarzt H. Neuffer-Weimar.
Stabsarzt a. D. Dr. Fritz Rabert-Loewenberg in der Mark (an Typhus gestorben).
Obergeneralarzt Dr. Max Rudeloff-Neuhaldensleben (infolge von Krankheit gestorben).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Rudolphsohn-Frohnau (Reg.-Bez. Potsdam) (infolge von Blutvergiftung gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. A. Schlottmann-Buchholz (Reg.-Bez. Lüneburg).
Bataillons- und Chefarzt Dr. Hilmar Schünemann-Oberfrohna bei Chemnitz.
Generalarzt a. D. Dr. Artur Schuster-Vetschau (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. Walter Schweitzer-Berlin-Schöneberg (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Friedrich Steinbuch-Tübingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Richard Timmermann-Stade (infolge von Krankheit gestorben).
Truppenarzt Hermann Ufer-Karlsruhe.

Cholera: In Oestereich sind vom 19. März bis 2. April 4 Erkrankungen (3 Todesfälle) und 1 (—), in Bosnien und der Herzegowina vom 19. März bis 2. April 2 (1), — (—) und 93 (27) [unter Kriegsgefangenen in Doboj) vorgekommen.

Fleckfieber. Im Deutschen Reich sind in den Wochen vom 9. bis 22. April (11) — (davon 7 unter Kriegsgefangenen und 4 bei Zivilpersonen) und 3 (1) (nur unter Kriegsgefangenen) festgestellt; in Ungarn vom 13.—29. März: 7 mit 11 Erkrankungen.

Pocken. Im Deutschen Reich sind in den beiden Wochen vom 9.—22. April: 15 (—) (für die Vorwoche noch nachträglich 5) und 14 (2) Erkrankungen (Todesfälle) ermittelt.

Berichtigung. In Nr. 6 dieser Zeitschrift findet sich Seite 172 ein von mir erstattetes Referat: Ueber Katacidtabletten. Darin ist irrtümlich angegeben, daß die „Dr. Strauß' Katacidtabletten" von der Firma Dr. Henning-Berlin in Handel gebracht werden. Ich berichtige diese Angabe dahin, daß nicht die Firma Dr. Georg Henning-Berlin, sondern die Firma Chemische Industrie Plitt-Berlin die Katacidtabletten in Handel gebracht hat. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 10. Ausgegeben am 20. Mai 1916

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Kronenorden III. Klasse: dem a. o. Professor Geh. Med. Rat Dr. Baginsky in Berlin; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: den Kreisärzten und Oberstabsärzten d. Res. Dr. Hüttig in Berlin und Dr. Prölß in Bremervörde, dem Geh

Med.-Rat und Oberstabsarzt d. L. Prof. Dr. Puppe, Gerichtsarzt in Königsberg i. Pr., den Professoren Geh. Med.-Rat Dr. Friedrich Kraus in Berlin, Geh. Med.-Rat Dr. Matthes in Marburg, Geh. Med.-Rat und Generalarzt Prof. Dr. Pfeiffer in Breslau, Geh. Reg.-Rat und Oberstabsarzt d. Res. Dr. Uhlenhuth in Straßburg i. E.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. David in Stralsund zum Kreisarzt in Husum, Stabsarzt d. L. Dr. H. Corvey in Lemgo zum Kreisassistenzarzt des Stadtkreises Wiesbaden; ordentl. Professor Dr. O. Bumke in Rostock zum ordentl. Professor an der medizinischen Fakultät in Breslau.

Versetzt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Matthes in Marburg in gleicher Eigenschaft an die medizinische Fakultät der Universität Königsberg i. Pr.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das König Ludwig-Kreuz: dem Ober-Med.-Rat Dr. v. Merkel in Nürnberg, den Reg.- u. Med.-Räten Dr. Neidhardt in Landshut und Dr. Schwink in Bayreuth, dem Med.-Rat und Landgerichtsarzt Dr. Luckinger in Regensburg, den Med.-Räten Dr. Prinzing in Kaufbeuren und Waibel in Kempten, den Bezirksärzten Med.-Rat Dr. Bayerl in Deggendorf, Med.-Rat Dr. Bredauer in Wolfratshausen, Dr. Daxenberger in Brückenau, Dr. Droßbach in Mindelheim, Dr. Dürig in Hammelburg, Dr. Eisenhofer in Mühldorf, Dr. Fest in Dingolfing, Dr. Fink in Neustadt a. S., Med.-Rat Dr. Forster in Bad Tölz, Dr. Frank in Zweibrücken, Dr. Göhring in Rothenburg o. T., Med.-Rat Dr. Graßl in Kempten, Dr. Hegler in Türkheim, Dr. Hertel in Scheinfeld, Dr. Imhof

in Grafenau, Dr. Kohler in Vohenstrauß, Dr. Krebs in Bad Aibling, Dr. Lucas in Staffelstein, Dr. Mayr in Ebermannstadt, Dr. Niedermeier in Pfarrkirchen, Dr. Probst in Kötzing, Dr. Pürckhauer in Dinkelsbühl, Dr. Sauerteig in Münchberg, Med.-Rat Dr. Schipp in Kronach, Dr. Schlier in Lauf, Dr. Schub in Vilshofen, Dr. Schütz in Straubing, Dr. Seidel in Kulmbach, Dr. Sitzberger in Eggenfelden, Dr. Stappel in Obernburg, Dr. Steinhuber in Passau, Dr. Völkl in Berneck, Dr. Werner in Gerolzhofen, Dr. Wild in Wunsiedel, Med.-Rat Dr. Zantl in Weilheim, Dr. Zöllner in Fürstenfeldbruck, Dr. Zorn in Lichtenfels, Med.-Rat Dr. Henkel und Med.-Rat Dr. Angerer in München, Dr. Schön in Ingolstadt und Med.-Rat Dr. Spaet in Fürth i. B., dem Bezirksarzt a. D. Med.-Rat Dr. Appel in Straubing, dem Med-Rat Dr. Herfeldt, Direktor der Mittelfränkischen Heil- und Pflegeanstalt in Ansbach, dem Gefangenen-Anstaltsarzt Dr. Lechner in Laufen, dem Zentralimpfarzt Dr. Groth in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Sanitätsrates: dem Arzt Dr. Lehmann, Direktor der Heilanstalt Lindenhof bei Coswig.

29. Jahrg. 1916

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 10. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Mai.

Kriminelle Fruchtabtreibung, künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft und Fürsorge für tuberkulöse Schwangere.

Von Prof. Dr. **Roepke**-Melsungen.

Meine Ausführungen über „Tuberkulose und Schwangerschaft“[1]) haben bei engeren Fachkollegen und Frauenärzten Zustimmung gefunden. Es sind mir aber außerdem weitergehende Ansichten und Hinweise bekannt geworden, die für die grundsätzliche Stellungnahme zum kriminellen und künstlichen Abort mehr die religiösen und rechtlichen Gesichtspunkte, die Eugenik und das Bevölkerungsproblem auch durch den Arzt in Anspruch genommen und betont wissen wollen. Ich will darauf unter Beschränkung auf die neuere Literatur eingehen, bevor ich den Gegenstand meines ersten Aufsatzes zu Ende führe. Es kann sich hier allerdings nur um Ausschnitte handeln aus einer Frage, die seit Jahren akut wie keine andere durch den Weltkrieg in den Vordergrund gedrängt worden ist.

Wer zur Bekämpfung der willkürlichen Fruchtabtreibung

[1]) Diese Zeitschrift; Jahrg. 1916, Nr. 4.

die Religion und die Lehre der Moraltheologie heranziehen will, mag es tun. Die zunehmende Zahl der kriminellen Aborte und der Verurteilungen aus diesem Anlaß in Deutschland würde es rechtfertigen. Als Wegweiser kann dabei dienen, daß in allen Ständen und von Verheirateten fast doppelt so häufig abgetrieben wird, wie von ledigen Personen. Nach Benthins[2]) Berechnungen wird die Fruchtabtreibung sogar auffallend häufig von den Frauen selbst vorgenommen (über 50 %), während in Ostpreußen in 30 % der Fälle eine Hebamme ihre Hand im Spiel hatte. Als Gründe für die Fruchtabtreibung herrschen schlechte soziale Verhältnisse vor, in Städten vornehmlich die Wohnungsfrage und der Kinderreichtum; beide sollen im annähernd gleichen Prozentsatz (30 %) beteiligt sein. Ein Viertel der Frauen aber treibe aus „Bequemlichkeitsgründen" ab.

Den meisten Aerzten wird die Betonung des Religiösen im Kampfe gegen die kriminelle Fruchtabtreibung nicht liegen. Der Arzt mag seine Hilfe über die körperliche Sphäre hinaus ausdehnen und seiner Klientel zum Seelenarzt werden; er kann und soll aber nicht den Priester vertreten, ebenso wenig wie der Seelsorger sich als Arzt betätigen soll. Und wenn die Aerzte ihrerseits die Grenze in allem streng beachten, können sie das gleiche von der Gegenseite in der Seelsorge und am Krankenbett verlangen.

Für die ärztlich gebotene Unterbrechung der Schwangerschaft müssen allein anatomisch-physiologische Tatsachen und pathologisch-therapeutische Ueberlegungen maßgebend bleiben. Religiös-dogmatische Grundsätze, die auch in der vorliegenden Frage das ärztliche Handeln in der rechten Sicherheit und Sittlichkeit erhalten sollen, sind abzulehnen. Nach der „Pastoral-Medizin" von Capellmann[3]) war es zwar der christlichen Kultur vorbehalten, den künstlichen Abort als Heilmittel zu verbieten und fast gänzlich auszurotten, bis gegen Ende des vorigen Jahrhunderts zuerst die Engländer, dann die Franzosen und zuletzt in Deutschland fast alle Lehrer der Geburtshilfe wenigstens die eine oder andere, oft recht viele Indikationen für den künstlichen Abort angaben. Aber das Dogma, daß der künstliche Abort eine Tötung des Eies ist, daß jedes menschliche Individuum, also auch das befruchtete menschliche Ei, als erstes Recht das Recht auf das Leben hat, daß der künstliche Abort also als eine widerrechtliche Tötung zu betrachten ist, die durch jede göttliche und menschliche Gesetzgebung verboten ist, dieses Dogma muß auch ferner halt machen vor dem gleichen oder noch größeren Recht der Schwangeren, das ihr bei streng begrenzter Indikation ohne Gefährdung nur den heilenden Segen des ärztlichen Eingriffs zugute kommen läßt. Das Dogma mag bei Laien eigenen Bedenken eine konservative Richtung geben, die trotz Gefähr-

---

[2]) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 11, S. 301.
[3]) Herausgegeben von Dr. W. Bergmann; Aachen 1907.

dung des Fruchtträgers die Schwangerschaft zu erhalten bestrebt ist. Den ärztlichen Praktiker darf es nicht einmal dann zu dem Standpunkt der Moralisten „nunquam licet directe procurare abortum“ herüberziehen. Selbst in den Fällen, in denen der Arzt Schwangere, die die Beseitigung der Frucht aus nicht stichhaltigen Gründen wünschen, umstimmen möchte, soll er sich nicht auf jene Lehre stützen; denn diese Stütze erklärt sich vielleicht schon wenige Wochen später und bei dem gleichen Fall gegen ihn, gegen sein berufs- und pflichtgemäßes Raten und Handeln. Je weniger überhaupt die Allgemeinheit der Aerzte Religiöses und Medizinisches direkt oder indirekt verquicken würde, um so mehr würde sie dem Unglauben entgegenwirken, der zu reichlichen oder ausbleibenden Kindersegen je nach Wunsch durch Wallfahrten, Wunder usw. beeinflussen zu können glaubt.

In juristischer Hinsicht bin ich auf die Beurteilung des Verbrechens gegen das keimende Leben in einer neuen Entscheidung des Reichsgerichts (IV. Str.-S.) vom 21. Dezember 1915 hingewiesen worden. Durch das Urteil werden in der Tat einige recht unklare und dehnbare Begriffe in die Rechtsprechung eingeführt, die geeignet sind, den § 218 des Strafgesetzbuches wesentlich einzuschränken und auch bei Aerzten die scharfen Grenzen der Indikation zum künstlichen Abort je nach den subjektiven Ansichten und Autosuggestionen der Geschwängerten zu verwischen. Der der Entscheidung zugrunde liegende Fall ist folgender:

„Eine Frau L. Schr. ist vom Landgericht Bautzen am 13. Oktober 1915 wegen versuchter Abtreibung zu 6 Wochen Gefängnis verurteilt worden. Die Angeklagte, bereits Mutter von zwei ehelichen Kindern, hatte beim zweiten Male eine sehr schwere Geburt gehabt und befürchtete bei einer dritten Entbindung äußerste Lebensgefahr. Als sie sich daher zum dritten Male — übrigens irrtümlich — schwanger fühlte, ließ sie sich von einer „weisen Frau“ in der üblichen Weise durch Einspritzungen helfen. Es blieb aber, strafrechtlich betrachtet, nur beim Abtreibungsversuch, da ja gar keine wirkliche Schwangerschaft bestanden hat. Die Angeklagte berief sich zu ihrer Verteidigung auf den Strafbefreiungsgrund des Notstandes (§ 54 St.G.B.), weil sie nur durch eine Fruchtbeseitigung die ihrem Leben von einer dritten Entbindung drohende vermeintliche Gefahr habe abwenden können. Die Strafkammer wies jedoch diesen Einwand zurück, denn einerseits sei die „Gefahr für Leib und Leben“ keineswegs eine „unmittelbare“ gewesen, sondern habe noch in weiter Ferne gestanden, anderseits hätte die Angeklagte in gesetzlich erlaubter Weise durch einen operativen Eingriff seitens eines Arztes gerettet werden können. Selbsthilfe durch Abtreibung sei mithin nicht notwendig gewesen. Auf die Revision der Angeklagten hob jedoch das Reichsgericht die Verurteilung auf und verwies die Sache an die Vorinstanz zurück: Der „Notstand“ ist nicht einwandfrei widerlegt. Es fehlt jede nähere Feststellung, auf welchem Wege die Angeklagte die in solchen Fällen sehr schwer zu erlangende ärztliche Hilfe erreichen sollte, und welches gesetzliche Mittel ihr überhaupt blieb, um die scheinbar unvermeidliche Lebensgefahr abzuwenden. Einer hilflosen Schwangeren, die von einer neuen Entbindung den Tod befürchtet, wird der Strafausschließungsgrund des Notstandes nur dann zu versagen sein, wenn ihr nachweisbar ein gesetzlich zulässiger Ausweg aus ihrer Notlage geboten und auch bekannt war.“

Mit Recht wird in der Münchener med. Wochenschrift (1915, Nr. 52) zu dem Urteil bemerkt, daß es viele „hilflose“

Schwangere gibt, die „von einer neuen Entbindung den Tod befürchten". Ob solche Todesfurcht tatsächlich vorhanden ist oder nur vorgespiegelt wird, läßt sich nicht entscheiden. „Hilflos" ist schließlich jede Schwangere, der der Arzt den von ihr begehrten „lebensrettenden" Eingriff als nicht indiziert ablehnt. Es ist aber wohl denkbar, daß recht bewegliche Klagen und Bitten von Schwangeren, wie sie nicht selten sind von solchen, die ohne Gefährdung ihrer Gesundheit die Frucht loswerden wollen, den Arzt an diese Entscheidung erinnern und einen „Notstand" als gegeben ansehen lassen.

Weiter bin ich auf die Veröffentlichung von F. Straßmann[4]) „Die Behandlung der Abtreibung im künftigen Strafgesetzbuch" hingewiesen. Der vortrefflichen, zeitgemäßen Abhandlung habe ich bereits für meine erste Arbeit die sich mit meiner Erfahrung deckende Feststellung entnommen, daß hauptsächlich „leichte tuberkulöse Affektionen oder auch nur verdächtige Befunde, ohne daß etwa irgendein Fortschreiten des Prozesses in der Schwangerschaft festgestellt ist, alsbald als vollkommene Indikation für eine Unterbrechung der Schwangerschaft angenommen werden".

Nun denke man sich eine Schwangere, die weiß oder sich einbildet oder vorgibt, daß sie tuberkulös lungenkrank oder kehlkopfkrank war oder noch ist, und die beim Fortbestehen der Schwangerschaft äußerste Lebensgefahr befürchtet. Wird da nicht durch die neue Entscheidung des Reichsgerichts vom 21. Dezember 1915 der Strafbefreiungsgrund des „Notstandes" (§ 54 des St.G.B.) und dem Arzt die Leistung der aus dem Notstand sich ergebenden „Nothilfe" nahegelegt? Wer die Verhältnisse des Lebens kennt, wird in der Einführung des Begriffes der hilflosen Schwangeren, die von der Schwangerschaft eine Lebensgefahr befürchtet, in die Rechtsprechung eine Erschwerung der strafgesetzlichen Regelung der Abtreibung erblicken müssen.

Welche Bestimmungen im übrigen das künftige Strafgesetzbuch bringen wird, bleibt abzuwarten. Mit Straßmann[4]) werden es alle Aerzte begrüßen, daß man die willkürliche Fruchtabtreibung einerseits nicht straflos lassen, anderseits nicht ausnahmslos hart bestrafen will. Die Strafrechtskommission hat sich für einfache Gefängnisstrafe bei nachgewiesener krimineller Fruchtabtreibung entschieden und nur in besonders schweren Fällen Bestrafung mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren verlangt. Strenger soll jedoch der, der „gegen Entgelt", aus Gewinnsucht oder Gewerbsmäßigkeit die Abtreibung vornimmt, bestraft werden, nach dem Vorentwurf mit Zuchthaus bis zu 15 Jahren oder mit Gefängnis nicht unter 6 Monaten. Auch für die vorsätzliche Abtreibung ohne Wissen oder Willen der Schwangeren wird Zuchthausstrafe nicht unter 2 Jahren

[4]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; 3. Folge, Bd. XLIX, H. 2.

vorgeschlagen. Endlich ist schon der Versuch der Abtreibung strafbar; ob auch der mit untauglichen Mitteln und am untauglichen Objekt, steht noch aus.

Vom allgemein- und gerichtsärztlichen Standpunkt darf man diese im Entwurf vorgesehenen Strafbestimmungen gegen die Abtreibung als zweckmäßig und auch wirksam ansehen, zumal sie in folgendem Zusatz (§ 217a) eine gegen die Kurpfuscherei gerichtete Erweiterung erfahren:

„Mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder Geldstrafe wird bestraft, wer öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, Mittel oder Gegenstände zur Abtreibung ankündigt oder anpreist oder in gleicher Weise seine eigenen oder fremden Dienste zur Vornahme oder Förderung der Abtreibung anbietet."

Diese Strafbestimmung wird für die Bekämpfung der Abtreibung nicht das leisten, was von der Durchführung des Kurpfuschereiverbots zu erwarten wäre; immerhin ist sie ein gutes Mittel, um der willkürlichen Beschränkung der Geburtenzahl entgegen zu wirken.

In der gleichen Richtung bewegt sich ein Antrag des verstärkten Ausschusses des preußischen Abgeordnetenhauses vom 18. Februar d. J., der die Königl. Staatsregierung ersucht:

„Bei dem Bundesrat dahin zu wirken, daß derselbe dem Reichstage möglichst bald einen Gesetzentwurf vorlegen möge, durch welchen der Bundesrat ermächtigt wird, nicht allein jedes unaufgefordert an das Publikum sich herandrängende Anbieten und Anpreisen durch Kataloge, Drucksachen, Hausieren usw., besonders auch das Feilhalten und den Vertrieb von Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft oder zur Verhütung der Empfängnis geeignet sind, zu beschränken oder zu untersagen, wie auch alle nur für das Laienpublikum bestimmten Schriften und Bücher, in welchen sich Beschreibungen und Besprechungen der antikonzeptionellen und zur Unterbrechung der Schwangerschaft geeigneten Methoden und Mittel finden, zu verbieten."

Hier wird also die Bekämpfung der Fruchtabtreibung mit der der Empfängnisverhütung vereinigt. Von letzterer soll man sich nicht zu viel versprechen, zumal Kirchner[5]) mit Recht fordert, daß dabei nicht diejenigen Mittel getroffen werden, die die Verbreitung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten verhindern sollen. Wie dem aber auch sei oder werde, der kombinierte Antrag in der Abgeordnetenkammer wird die durch den Krieg noch dringlicher gewordene Bekämpfung der kriminellen Fruchtabtreibung beschleunigen und durch reichsgesetzliche Regelung dem gemeingefährlichen Kurpfuschertum das Handwerk legen auf einem Gebiete, auf dem es sich seit langem breit machte und zurzeit auch durch die Kriegsverordnungen der obersten Militärbehörden nicht recht gefaßt werden konnte.

Die Frage, in welcher Weise für die ärztlich gebotene künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ein genügender Schutz gewährt werden soll, ist noch umstritten. Während von medizinischer Seite eine gesonderte Ausnahmebestimmung bei dem § 217 Str.G.B. (Abtreibung) vorgeschlagen ist, hat die

---

[5]) Rede im Preußischen Abgeordnetenhaus am 25. Februar 1916.

Strafrechtskommission zunächst einen allgemeinen Zusatz zum § 67 (Notstand) gewählt. Der Wortlaut der Bestimmung steht noch nicht fest, sie soll aber pflichtgemäßes ärztliches Handeln als „Nothilfe“ dadurch decken, daß sie als nicht strafbar den erklärt, der eine Handlung zur Rettung der Person aus einer gegenwärtigen, auf andere Weise nicht zu beseitigenden Gefahr vornimmt, falls er nicht wider den Willen des anderen handelt. Uns will scheinen, daß der kriminellen lichtscheuen Abtreiberei mit ihren Verwüstungen ein noch besserer Riegel vorgeschoben würde, wenn das Gesetz neben der Bestrafung dieser ausdrücklich die Straflosigkeit für den — und zwar einzigen — Fall bestimmt, daß 1. begründete Gefahren für das Leben oder dauernde Schädigungen für die Gesundheit durch die Fortdauer der Schwangerschaft bestehen, und 2. die Unterbrechung durch den Arzt, abgesehen von ganz dringenden Fällen, erst nach Beratung und im Einverständnis mit einem zweiten Arzte, erfolgt. Die Forderung der Zweizahl braucht vom Aerztestande nicht als kränkend empfunden werden. Sie wird zwar, selbst wenn die Uebertretung im Str.G.B. mit Geldstrafe belegt wird, nicht den Zusammenschluß unlauterer, geschäftskundiger Elemente zu weniger strengen Indikationsstellungen verhindern. Immerhin würde dadurch die Aerzteschaft in dem Verantwortlichkeitsgefühl bestärkt und in der Forderung auch rechtlich unterstützt werden, den künstlichen Abort auf die unbedingt nötigen Schwangerschaftsfälle zu beschränken.

Soweit die Eugenik, die Züchtungskunst und Lehre von der Erzielung hervorragender Menschen, rassenhygienische Aufgaben hat, ist ihr in meinem ersten Aufsatz Rechnung getragen. Die dort für die Tuberkulose vertretene Ansicht ließe sich dahin erweitern, daß dem Volksganzen auch an den Nachkommenschaften solcher Mütter, die an schweren Konstitutionskrankheiten, perniziöser Anämie, hochgradiger Osteomalacie, ausgesprochener Hämophilie, an oganischen Nerven- oder Geistesstörungen leiden, nicht überragend viel gelegen sein kann, jedenfalls nicht soviel, daß darüber das Leben der Mütter gegen das der Früchte zurücktreten dürfte.

Schacht[6]) meint allerdings in einem Aufsatz über die „Fruchtabtreibung“, daß die Natur überall das Bestreben habe, sich zu regenerieren und aufwärts zu entwickeln. Man solle daher bei dem tiefen Stande unserer Geburtszahlen Kinder entstehen lassen, wo es nur immer möglich ist, und sie dann unter Bedingungen bringen, unter denen sie gedeihen. „Nicht dem künstlichen Abortus ist das Wort zu reden, sondern einer hygienischen Kinderpflege und Erziehung“. Ersteres geschieht ja nicht, aber auch letztere unterbleibt leider noch immer in vielen an sich notwendigen Fällen, weil es nicht überall gelingt, die geborenen Kinder aus einer

[6]) Archiv für Frauenkunde und Eugenik; 2. Band, Heft 1/2.

hygienisch ungünstigen Umwelt herauszuheben. Von 8 Kindern sterben bekanntlich noch 4 vor Eintritt der Pubertät, wahrlich kein Grund, die Fortpflanzung und das Gedeihen von Minus-Varianten im Sinne Grubers nunmehr besonders zu kultivieren. In den Fällen, in denen eine schwere Krankheit der Schwangeren Grund zur Abtreibung geben darf, würde das Kinderelend zum großen Teil mit und in den Kindern selbst auf die Welt kommen, wenn auch die Wirkung ungünstiger volkswirtschaftlicher und -gesundheitlicher Verhältnisse auf die Kindersterblichkeit keineswegs unterschätzt werden soll. Ich möchte also die Forderung, Kinder entstehen zu lassen, wo es nur immer möglich ist, nicht unterschreiben.

Außerdem ist der Stand unserer Geburtszahlen nicht so tief, wie es allgemein behauptet wird. Ein Geburten-Rückgang hat mit Beginn des neuen Jahrhunderts unverkennbar eingesetzt, aber gleichzeitig mit ihm ist ein hocherfreulicher Säuglingssterblichkeits-Rückgang eingetreten, sodaß die Zunahme der Reichsbevölkerung von 10 Millionen in den zwanzig Jahren 1875/1895 sich auf 16 Millionen in den folgenden zwanzig Jahren heben konnte. Selbst in den 13 Jahren scharfen Geburtenrückgangs 1901 bis 1914 ist die Bevölkerung noch um 11 Millionen gewachsen! Wenn man sich diese Zahlen, die Würzburgers[7]) „Rückblick auf die Literatur des Geburtenrückgangs" entnommen sind, gegenwärtig hält, dann wird man der Geburtenvermehrung um jeden Preis erst recht nicht das Wort reden.

Die gleiche Forderung, ausgedrückt im Sinne des späteren römischen Rechtes durch den Gedankengang „der Staat braucht Kinder — das Weib muß sie austragen, gleichviel unter welchen Bedingungen" — liegt auch nicht im Interesse einer gesunden Bevölkerungspolitik. Man muß Helene Simon[6]) darin beistimmen, daß die antiken Staaten nicht an Uebervölkerung zugrunde gingen und sich nicht aufaßen, vielmehr mitsamt ihrer Kultur aufgegessen wurden von jugendfrischen, „gebärtüchtigen" Barbaren, deren Abwehr ihre Greisenhaftigkeit nicht mehr gewachsen war. Oder wie es Brentano ausdrückt: „Das, was die europäischen Kulturvölker heute bedroht, ist das, woran die Kulturvölker der antiken Welt zugrunde gegangen sind." Wenn der Unterschied zwischen der bisher erreichten Höchstzahl der Geburten, die das Jahr 1901 mit 2032313 Lebendgeborenen geliefert hat, und derjenigen des letzten Friedensjahres nahe an 200000 beträgt, dann wird allerdings eine geburtenfördernde Bevölkerungspolitik für das Deutschland des 20. Jahrhunderts zur Notwendigkeit. Die geburtenfördernde Bevölkerungspolitik darf jedoch der rassenhygienischen Grundsätze nicht entraten. Hier gelten vielmehr die Forderungen der Eugenik nach der negativen Seite hin, d. h. die Fortpflanzung derjenigen zu beschränken,

---

[7]) Soziale Praxis; 1916, Nr. 21.

deren Nachkommenschaft nicht nur keinen Wertzuwachs, sondern eine Vermehrung der gemeinschädlichen Elemente bedeutet.

Es entsteht die Frage, wie bei dieser Sachlage ein gesunder Ausgleich zu schaffen ist. Der Schwerpunkt liegt in der Prophylaxe. Zunächst, wie es Schacht[6]) mit allem Nachdruck fordert, schärfste Ablehnung des Neumalthusianismus und seines Grundsatzes, daß die Bestrafung der willkürlichen Fruchtabtreibung unzulässig sei, weil die Person über sich und das Ihre frei verfügen könne. Innerhalb eines politischen Staatsgebildes gibt es keine völlig unbegrenzte Freiheit über die eigene Person; es ist auch nicht erwünscht, sie zu schaffen. Sodann ist die Frucht schon ein zweites Individuum und nicht nur ein Teil der Mutter; darin findet aber die persönliche Freiheit der Mutter eine Schranke. Vor allem muß aber der Staat das Recht haben, seinen Fortbestand durch den Staatsbürger zu sichern; deshalb bestraft er ja die willkürliche Fruchtabtreibung. Die schrankenlose, unbegrenzte Freiheit der Schwangeren, über ihre Frucht zu verfügen, kann also nicht die Forderung des Tages sein oder werden. Das wären negative Leistungen, während das Volksganze und das Volksbeste positive Werte von ihr fordern.

Johann Barsony[8]) schreibt sehr treffend in einer Abhandlung über die „Eugenik nach dem Kriege“:

„Wir lassen im großen und ganzen nicht genug Sorge dem weiblichen Körper angedeihen. Begehren wir von demselben, daß er viel und gutes Menschenmaterial hervorbringe, so müssen wir mit Recht verlangen, daß wir denselben schonen, pflegen und hegen und ihn zu der von ihm erwarteten Aufgabe verbessern. Der schon während der Entwicklung mit Arbeit überlastete Körper des Weibes wird ebenso verkümmern wie der eines Tieres, das vorzeitig in das Joch gespannt wird, obwohl doch letzteres stärker ist. Die das schwangere Weib anstrengende Arbeit ist eine Bürde gegen die Frau und das Kind. Eine für die tägliche Notdurft des Daseins zu arbeiten bemüßigte Frau, die nicht säugen kann, ist keine Frau, weil keine wahre Mutter.“

Also Frauenschutz! Mehr Schutz für das weibliche Geschlecht schon während der Entwicklungsjahre, mehr gesundheitsfördernde Jugendfürsorge, und während der Schwangerschaft besondere Schonung des Körpers. Dann werden nicht nur dank besserer Widerstandsfähigkeit die konstitutionellen und infektiösen Krankheiten bei den Schwangeren abnehmen, sondern auch sog. Schwangerschaftsbeschwerden organischer und funktioneller Art seltener und geringer auftreten. Folgerichtig müssen damit die pathologischen Zustände, die den Abort indizieren können, nach Zahl und Art zurückgehen und noch mehr die Ansinnen, aus „Bequemlichkeitsgründen“ von der Frucht befreit zu werden. Mit dem Zurücktreten solcher Wünsche, denen der Arzt die Berechtigung abspricht, schränkt sich dann auch die kriminelle Fruchtabtreibung durch eigene Hand oder durch Kurpfuscher ein. Gebärtüchtige, gebär-

---

[8]) Archiv für Frauenkunde und Eugenik; 2. Bd., Heft 1/2.

freudige und stillfähige Frauen bilden die beste Gewähr für Abnahme der Fruchtabtreibung und Zunahme der Geburtenziffern! Das mag optimistisch klingen, aber ohne Optimismus kommt man über diese tiefernsten, unheilschwangeren Fragen nicht hinaus zu der tatenfrohen Mitarbeit, der sich kein Arzt entziehen darf. Es ist ein Teil unserer Kriegsarbeit für den Frieden!

Barsony[8]) gibt noch ein zweites Mittel an, das nach seiner Ansicht der in allen Volksschichten auch im ehelichen Verkehr weitverbreiteten Verhütung der Konzeption und zugleich der kriminellen Fruchtabtreibung entgegenwirken würde: das staatliche Findelhaus. Jeder verheirateten oder unverheirateten Frau soll von vornherein Sicherheit geboten werden, ihre Kinder, wieviel sie auch immer zur Welt bringt, ohne Schwierigkeit vom Tage der Geburt an, auch für das ganze Leben, dem Staate in einer mustergiltigen Einrichtung zur Erziehung überlassen zu dürfen, sofern die Mütter aus materiellen oder sozialen Gründen zur Erhaltung der Kinder unfähig sind.

Bekannt ist, daß Findelhäuser weder in Frankreich noch in Belgien den Geburtenrückgang aufgehalten haben. Außerdem sind sie in Deutschland anrüchig; und damit muß gerechnet werden. Was uns aber fehlt, sind zahlreiche Gebärasyle als Entbindungsstätten, die nicht mit Hebammenunterrichtsanstalten verbunden sind. Die Aufnahme in die Gebärasyle muß in jeder Hinsicht erleichtert werden, möglichst kostenlos, z. B. auf Antrag von Vereinen usw. erfolgen. Sie sollen die Schwangeren zeitig genug aufnehmen, ohne sie als Unterrichtsmaterial zu verwenden, und für die spätere Unterkunft der Kinder sorgen, soweit die Mütter unverheiratet sind. Solche Gebärasyle, die in Schweden vorzüglich eingerichtet sind, wirken den Beweggründen entgegen, die erfahrungsgemäß so häufig die Verhütung der Konzeption oder die willkürliche Fruchtabtreibung veranlassen. Sie würden Hekatomben von Früchten, ungeborenen und geborenen Kindern, Leben geben bzw. erhalten und dem Staate den Ersatz bieten für Säuglinge, die — in Preußen allein nicht weniger als 40000 jährlich — an sog. Lebensschwäche infolge angeborener Syphilis zugrunde gehen.

Auf die Einwände, die gegen solche Gebärasyle gemacht werden können, soll nicht eingegangen werden. Nur eins: die Sittlichkeit, die durch ihre Errichtung gefährdet wird, verdient möglichst schnell zugrunde zu gehen, um Sittlicherem Platz zu machen. Für die Aerzte im allgemeinen und die im besonderen, die sich mit diesen „Kulturfragen" beruflich häufiger beschäftigen müssen, überwiegen angesichts des Umfanges der kriminellen und approbierten Fruchtabtreibung die Vorteile. Ob die gegenwärtige große Zeit, die in so viele Hirne und Herzen Licht und Sonne hineingetragen und veraltete Ueberlieferungen mit samt vielem Splitterrichtertum abgetötet hat, auch gesund und willensstark

genug sein wird, um nach E. M. Arndts Mahnung „mit Liebe zu empfangen, was Liebe gab“, auch wenn es nicht begehrt oder außerehelichen Ursprungs ist? Vielleicht wird man zunächst noch abwarten wollen, ob und wie sich die Verhältnisse nach dem Kriege gestalten, und beeinflussen lassen durch die neugebildete deutsche Gesellschaft für Bevölkerungspolitik, durch die Vereinigung für Familienwohl im Reg.-Bez. Düsseldorf und durch alle die Maßnahmen, die unter Beteiligung der deutschen Aerzteschaft am Werke sind, um die vielen, dem deutschen Volk aus den Lücken im Nachwuchs entstehenden Gefahren zu bekämpfen.

Jedenfalls wird das Gebärasyl die Bedeutung einer erstrebenswerten sozialen Einrichtung behalten. Es ist als Prophylaktikum gegen die willkürliche Fruchtabtreibung geradezu notwendig für ledige Personen, für unbemittelte Frauen und auch für tuberkulöse und tuberkuloseverdächtige Schwangere. Wer die soziale Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft ablehnt, um nicht der Willkür Tür und Tor zu öffnen, muß das Gebärasyl als Ausgleich wünschen, wenn nicht aus staatlicher, dann aus kommunaler oder privater Initiative. Die kriminelle Fruchtabtreibung wird heute in den mit zu- und abziehenden Truppen überfüllten Städten in einem Umfange bewirkt, von dem keine Statistik spricht. Der Vater ist im Kriege, die Mutter ohne Anspruch, hilflos, bemitleidenswert zurückgeblieben. Wie viele Schwangere würden aber trotzdem aus Sittlichkeit oder aus Furcht vor verbrecherischen lebensgefährlichen Eingriffen die Bürde austragen und ein Gebärasyl aufsuchen, wenn sie nur das geborene Kind ohne Schwierigkeit abgeben und damit die Sorge um seine Aufzucht los werden könnten! Der letzte Grund zur willkürlichen Fruchtabtreibung ist doch bei den weitaus meisten ledigen Schwangeren nicht eine kriminelle Neigung, sondern er entspringt der Ueberlegung, den Schwangerschaftszustand zu verwischen und aufzuheben, bevor er zur Geburt eines lebensfähigen Kindes geführt hat und dann dessen Beseitigung nicht nur schwieriger, sondern auch viel unmoralischer und krimineller macht. Wenn auch viele verheiratete Frauen aus den nichtigsten Gründen abtreiben, genug von ihnen und noch mehr von den Unverheirateten abortieren, um nicht für ein lebendes Kind sorgen zu müssen.

So erschweren soziale Begleitumstände den Kampf gegen die Abtreibung und lassen über die Zweckmäßigkeit weiter zu ergreifender Schutz- und Abwehrmaßregeln streiten. Um den sozialen Notstand für Verheiratete abzuschwächen, sind empfohlen: Unterstützung kinderreicher Familien durch Kinderzuwachsprämien, großzügige Wohnungsfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der großen Familien, Steuernachlaß bis zum völligen Steuererlaß, Bevorzugung verheirateter Beamte, Kolonisation an unseren jetzigen Ostgrenzen und dergl.

Als Prohibitivmaßnahmen, die im besonderen die

beamteten Aerzte beteiligen, kämen noch in Frage die Anzeigepflicht aller fieberhaften und septischen Aborte, die Besserstellung des Hebammenstandes, eine schärfere Aufsicht über Privatentbindungsanstalten, das Verbot der Herstellung von Mutterspritzen.

Die Meldepflicht für alle septischen Aborte durch Arzt oder Hebamme ist ebenso berechtigt wie die Anzeigepflicht des Wochenbettfiebers; denn sie würde ein besseres Bild von dem Umfang der Fruchtabtreibung in bestimmten Gegenden, Bezirken, Volksschichten usw. geben und auch besser auf die Spur der gewerbsmäßigen und kurpfuschenden Abtreiber bringen. Benthin empfiehlt außerdem, in den tödlich endenden Fällen die Ausstellung des Totenscheines zu verweigern und dadurch die Sektion und gerichtsärztliche Feststellung mit anschließender Strafverfolgung zu erzwingen. Das ist ein etwas umständliches, aber zweifellos auf Oeffentlichkeit und Heimlichkeit außerordentlich abschreckend wirkendes Verfahren!

Die Besserstellung der Bezirkshebammen ist in den diesjährigen Verhandlungen des preußischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat erneut allseitig gefordert und auch als notwendig anerkannt. Sie erfolgt nun hoffentlich in einer Weise, daß die Hebammen nicht mehr durch die Not zu Verbrechen gegen das keimende Leben sich verleiten lassen, vielmehr durch Ablehnen, Warnen oder Anzeigen in ihrem Bezirk den Ast erhalten, an dem ihre berufliche Tätigkeit hängt.

Darüber daß gewisse Privatentbindungsanstalten, mögen sie unter diesem Aushängeschild wirken oder namenlos sein, einer viel schärferen Kontrolle hinsichtlich der Zu- und Abgänge und der Art des Entbindungsmaterials bedürfen, braucht hier kein weiteres Wort verloren zu werden. Da müßte jede Rücksicht aufhören!

Ebenso rücksichtslos ist die Mutterspritze zu beschlagnahmen und zu vernichten, wo immer man sie findet, bis ihre Herstellung überhaupt verboten ist. Nach Puppe dient die Mutterspritze ausschließlich kriminellen Zwecken und wird am häufigsten als instrumentelles Mittel zur Fruchtabtreibung angewandt, in 20% aller Fälle mit Sicherheit erfolgreich.

Zu der ärztlich-medizinischen Frage des künstlichen Abortes zurückkehrend, gebe ich zunächst eine kurze Uebersicht über die Krankheitszustände, die überhaupt den künstlichen Abort indizieren können; sie wird für die Praxis das Vorherrschen der Tuberkulose als berechtigte und unberechtigte Indikation dartun.

Da in allen Schwangerschaftsfällen die Möglichkeit besteht, daß sich der Arzt über die Größe und Nähe der Gefahren für die Schwangere täuschen kann, dürfen allein die objektiv feststellbaren Beobachtungen des Arztes über Krankheitszeichen seiner Entscheidung zugrunde gelegt werden. Das klingt selbstverständlich; gleichwohl wird jeder Arzt Fälle mit

folgendem Urteil kennen: Da die Patientin glaubhaft angibt, daß sie an „unstillbaren" Erbrechen leidet, ist die Indikation zum Abortus artificialis gegeben. Da aber das unstillbare Erbrechen der Schwangeren oft oder meist bei geeigneter Behandlung stillbar ist, kann nur längere positive Eigenbeobachtung unter Zuhilfenahme der Wage oder das Zeichen des bedenklichen Hungerzustandes den Eingriff unbedingt indizieren. Das „unstillbare" Erbrechen der Schwangeren mit „Lungenspitzenkatarrh" ist besonders gründlich nachzuprüfen.

Die Einklemmung des retroflektierten oder vorgefallenen oder in einer Hernie liegenden schwangeren Uterus wird fachärztlich zu behandeln sein und erst bei negativem Behandlungsergebnis zur Unterbrechung der Schwangerschaft berechtigen. Nach den Erfahrungen in den Frauenkliniken sollen die Erfolge erstaunlich gut sein, so daß aus dieser Veranlassung der künstliche Abortus nur äußerst selten nötig wird.

Myome des Uterus geben an sich keine Anzeige zur Unterbrechung, während der Uteruskrebs, der noch Aussicht auf Dauerheilung bietet, bei nicht lebensfähiger Frucht die Totalexstirpation der schwangeren Gebärmutter, bei Lebensfähigkeit des Kindes Kaiserschnitt mit anschließender Totalexstirpation indiziert.

Die Indikationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Beckenenge beträchtlichen Grades und bei absoluter Beckenenge hängt in der Hauptsache von der Wahl des richtigen Zeitpunktes ab und ist Sache der Geburtshelfer.

Bei Nieren-, Herz-, Leber-, Darm-Erkrankungen, bei akuten Strumen, auch bei Diabetes, Nerven- und Geisteskrankheiten und anderen akuten und chronischen pathologischen Zuständen entscheidet allein der Grad der Krankheit, ihr fortschreitender Verlauf und die Rückwirkung auf den Allgemeinzustand der Schwangeren. Es werden also z. B. Orthopnoe mit Zyanose bei Struma, bei Herzkranken die nicht kompensierten Fehler mit Zyanose, Dyspnoe, Albuminurie, bei den verschiedenen Formen der Nephritis dauernder Eiweiß- und Zylindergehalt des Urins, Hydrops und Herzstörungen, bei Diabetes höhere Grade der Zuckerausscheidung mit schlechter oder stark schwankender Toleranz, bei Nervenfällen die schweren Formen der Chorea und Polyneuritis, bei Geisteskranken ausgesprochene Melancholien und Erregungszustände die unbedingte Indikation zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung abgeben. Häufig wird übrigens in solchen Fällen der Abort oder die Frühgeburt von selbst eintreten; oder es werden nach vergeblicher therapeutischer Beeinflussung die Anzeichen so eindeutig sein, daß wirkliche Zweifel über Eingreifen, Zuwarten oder Ablehnen des Eingriffs nicht gut bestehen können.

Anders bei der Komplikation der Schwangerschaft mit Lungenerkrankungen, insbesondere mit Tuberkulose

der Atmungswege. Die bis zur ausgesprochenen Lungenschwindsucht vorgeschrittenen und die durch eine sichere tuberkulöse Kehlkopferkrankung erschwerten Fälle werden für die Entschließung zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung keine Schwierigkeiten machen. Diese sind aber in allen beginnenden und stationären, inaktiven und tuberkuloseverdächtigen Fällen gegeben, da nicht schon, wie hier nochmals betont sein soll, der Nachweis der tuberkulösen Veränderungen in der Lunge an sich, sondern erst der Nachweis ihres Fortschreitens bzw. Fortgeschrittenseins im Lungengewebe unter dem Einflusse der Schwangerschaft entscheidend ist, gar nicht zu reden von den Fällen eingebildeter oder absichtlich vorgetäuschter Tuberkulose und von der Differentialdiagnose zwischen Chlorose, Anämie, Neurasthenie und latenter Tuberkulose. Das ist ja auch der Grund, weshalb ich die Mitwirkung des Tuberkulosefacharztes für notwendig halte.

Zu den sachlichen Schwierigkeiten kommen persönliche. Der verderbliche Einfluß, den die Schwangerschaft auf eine bestehende Lungentuberkulose haben kann, ist in den weitesten Volksschichten bekannt. Ebenso bekannt ist der viel nachgesprochene törichte Satz „ein bißchen tuberkulös ist jeder Mensch". Kein Wunder, wenn Frauen und Mädchen, die ihre Schwangerschaft los werden wollen, sich ad hoc tuberkulosekrank fühlen, wenn Aerzte propter hoc „tuberkuloseüberempfindlich" sind oder es werden. Subjektive Beschwerden und objektive Befunde, beide mehr oder weniger schwankend, stimmen schließlich überein und führen zum künstlichen Abort. Ich will damit sagen, daß bei keinem tatsächlichen oder vermeintlichen Krankheitszustand die Gelegenheit so häufig und die Gefahr so groß ist, „approbierte" Fruchtabtreibung zu üben wie auf dem Tuberkulosegebiet, zumal jeder Arzt von sich annehmen kann, die diagnostischen Mittel der Perkussion und Auskultation genügend sicher zu beherrschen.

Was kann geschehen, um den künstlichen Abort wegen Lungentuberkulose oder Tuberkulosegefahr auf das Notwendige zu beschränken? Was kann geschehen zu dem Zweck, tuberkulöse Schwangere ohne Gesundheitsschädigung aus dem erhöhten Gefahrenbereich heraus- oder durch ihn durchzubringen?

Wenn auch der Antrag, durch die ärztliche Standesordnung die Beratung zweier Aerzte für die Indikationsstellung des künstlichen Aborts vorzuschreiben, kaum Aussicht auf Annahme hat, zumal die Berlin-Brandenburger Aerztekammer eine Beschränkung der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung auch ohne ehrengerichtliche Sonderbestimmungen für erreichbar hält, so muß doch an dieser Forderung festgehalten werden. Es muß eben versucht werden, die Zweizahl der Aerzte durch eine gesetzliche Bestim-

mung, wie oben ausgeführt, zu erreichen, wenn dies auch vielleicht zunächst noch auf Schwierigkeiten stoßen wird.

Ein anderer Weg zu dem gleichen Ziele wäre der, daß die hauptsächlich beteiligten Fachärzte, das sind die Vertreter der inneren Medizin, der Frauenheilkunde und die Tuberkuloseärzte, in ihren großen Fachvereinigungen als Entschließung zum Ausdruck brächten und für sich bindend erklärten, was v. Franqué als Zusatz zu einem Abtreibungsparagraphen vorgeschlagen hat: „Vor Ausführung eines Eingriffes zur Entfernung des Schwangerschaftsprodukts ist der Arzt verpflichtet, einen zweiten Arzt zuzuziehen, sofern der Zustand der Mutter die dadurch etwa nötige Verzögerung gestattet". Kein Facharzt, der die Mißstände kennt, und dem es nur auf die Sache ankommt, kann eine solche Erklärung nicht gutheißen oder für sich nicht abgeben oder gar durch ihre Forderung sich gekränkt fühlen. Die Autoritäten, Universitätslehrer, Professoren, Krankenhausleiter dürften sich nicht ausschließen, auch die Besitzer von Privatentbindungsanstalten nicht. Die nächste Wirkung würde dann die sein, daß der Allgemeinpraktiker sich sagt: Was die zuständigsten Fachkollegen und Autoritäten als ungeeignet oder zu verantwortungsvoll für die Entschließung eines einzelnen Arztes ansehen, das darf auch der praktische Arzt nicht allein entscheiden und verantworten wollen! Wer sich das aber nicht sagt und nicht danach handelt, wird sich nicht wundern dürfen, wenn sein souveränes Handeln genauer, kritischer beobachtet wird. Seien wir doch offen: Wegen Personen, die nicht gut oder sehr gut zahlen können, wird sich kaum jemand der Gefahr aussetzen, etwas zu tun, was die Berufskollegen nicht zu tun pflegen, und dadurch bei ihnen in eine schiefe Stellung zu kommen. Und diejenigen „schönen Seelen", die sich trotzdem zusammenfinden — in der Regel wohl nur in Großstädten — um zu zweit Schwangerschaften ohne strikte Indikation zu unterbrechen, werden auf die Dauer nicht unbekannt bleiben. Bleibt der Einwand, daß die Aerzte, die berufen sind, lege artis Schwangerschaften ohne gesundheitliche Nachteile zu unterbrechen, gerade die besonders gefährdeten Tuberkulösen in die Netze der heimlichen, kurpfuschenden oder berufsmäßigen Abtreibung zwingen, wo ihnen mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit direkte Gefahren für Leben und Gesundheit drohen. Das ist wieder die soziale Seite der Frage, besonders wichtig und schwierig durch die Komplikation der Schwangerschaft mit der Volkskrankheit Tuberkulose. Die Schwierigkeiten der Lösung sind die der Tuberkulosebehandlung bei Unbemittelten, sofern nicht Träger der sozialen Versicherung für die Kosten des Heilverfahrens eintreten.

Bei Schwangeren aus bemittelten und wohlhabenden Kreisen ist die Behandlung im Falle einer Tuberkulose unbeschadet strengen Individualisierens nach folgenden Richtlinien möglich: Bei Tuberkuloseverdacht werden Vorschriften gegeben,

die das Kurleben der Patienten im Hause dem in einer Lungenheilanstalt ähnlich gestalten: Regelung der Ernährung, Liege- und Bewegungskur, vorsichtige Wasserbehandlung, Temperatur- und Gewichtskontrolle, Lungen- und Kehlkopfuntersuchungen in 2—3 wöchigen Abständen. Auch diagnostische Tuberkulineinspritzungen können gemacht werden, wenn die Entscheidung drängt oder nicht anders möglich ist. Nichttuberkulöse oder tuberkuloseverdächtige Schwangere in eine Lungenheilanstalt zu schicken, wo sie als Prophylaktikerinnen unter Tuberkulösen behalten werden, ist ein Kunstfehler. Nur wenn das Vorhandensein einer beginnenden aktiven oder einer stationären Tuberkulose sicher gestellt ist, empfiehlt sich die Unterbringung in einer Lungenheilanstalt und zwar möglichst schon für die erste Hälfte der Schwangerschaft, um durch die hygienisch-diätetisch-spezifischen Heilmittel die tuberkulöse Erkrankung zum sicheren Stillstand oder zur klinischen Rückbildung zu bringen. Eine große Anzahl von Frauen kommt so ohne Verschlimmerung zum normalen Ende der Schwangerschaft und zu gesundem Kinde. Den zweiten Teil der Schwangerschaft kann die in der Heilanstalt gesundheitlich erzogene Frau wieder zu Hause zubringen, vorausgesetzt, daß sich die Umwelt günstig gestalten und die Kontrolle durch einen Lungenarzt ermöglichen läßt. Die Leitung der Geburt und die Ueberwachung des Wochenbetts übernimmt der Hausarzt oder ein Frauenarzt, falls nicht die Niederkunft in einer Fachklinik vorgezogen wird. In der Erlaubnis des Stillens wird man auch bei anscheinend klinisch Geheilten zurückhaltend sein müssen. Läßt sich trotz des Aufenthaltes in einer Heilanstalt oder schon während der häuslichen Beobachtungszeit der Fortschritt des Tuberkuloseprozesses mit ungünstiger Rückwirkung auf den Allgemeinzustand feststellen, dann wird die Schwangerschaft nach Beratung mit einem zweiten Arzt künstlich unterbrochen und danach die Kur in der Lungenheilanstalt aufgenommen bzw. fortgesetzt. Bei vorgeschrittener Tuberkulose oder Komplikation mit Kehlkopferscheinungen empfiehlt sich vom humanen und praktischen Standpunkte aus die Ausschaltung der Frau aus der ganzen Geburtstätigkeit mit möglichster Beschleunigung und unter Beobachtung der bewährten geburtshilflichen Grundsätze. Schließt sich daran die Anstaltsbehandlung oder eine klimatische- oder ambulante-spezifische Kur, so kann es gelingen, die Mutter auf Jahre hinaus zu retten, vielleicht sogar zu heilen und für einen späteren Zeitpunkt konzeptions- und gebärfähig zu erhalten. Erscheint nach Ausbreitung oder Schwere der Erkrankung dieses Ziel von vornherein nicht erreichbar, so bleibt die Frage der Sterilisierung zu prüfen und gegebenenfalls zugleich mit dem künstlichen Abort auszuführen.

Nicht anders sollten die tuberkulösen Schwangeren aus den unteren und weniger bemittelten Kreisen behandelt werden und zwar ohne Unterschied, ob sie verheiratet

oder ledig sind. In Wirklichkeit liegen aber ihnen gegenüber die Verhältnisse noch so, daß für sie eine häusliche Beobachtung und Behandlung als unmöglich ausscheidet oder unzureichend bleibt und die Heilstättenbehandlung nicht immer erreichbar ist. Nach zwei Richtungen ist Abhilfe nötig, wenn wir in diesen Fällen der kriminellen Fruchtabtreibung aus sozialer Not vorbeugen und soziale Indikationen zum künstlichen Abort nicht aufkommen lassen wollen.

Erstens: Die deutschen Volksheilstätten müssen genügend Betten für tuberkulöse Schwangere zur Verfügung halten und sie aufnehmen ohne Rücksicht auf Allgemein- und Schwangerschaftszustand. Die Forderung ist schon wiederholt im Laufe des letzten Jahrzehnts erhoben, ohne der Lösung näher gekommen zu sein. Noch ist es so, daß tuberkulöse Schwangere überhaupt nicht oder nur für die ersten Schwangerschaftsmonate in die Heilstätte aufgenommen und aus ihr entlassen werden, sobald gynäkologische Hilfe nötig zu werden scheint. Darin liegt vielleicht eine Erklärung und zugleich der Wink, den unhaltbaren Zustand zu ändern. Wenn die deutsche Heilstätte, wie wohl heute feststeht, das wirksamste therapeutische Mittel im Kampfe gegen die Volkskrankheit Tuberkulose ist, dann muß sie auch denen zugute kommen, bei denen die Tuberkulose meist gleichzeitig zwei Leben gefährdet. Es wird nur notwendig sein, daß die deutsche Frauenheilstätte mit Einrichtungen, Räumen, Personal und ärztlicher Hilfe auf die gynäkologische Behandlung der tuberkulösen Frauen während Schwangerschaft, künstlicher oder normaler Entbindung und Wochenbett eingestellt wird.

Zweitens: Die Ausnutzung der Lungenheilstätte für unbemittelte schwangere Tuberkulöse darf nicht an der Kostenfrage scheitern. Das ist aber der Fall bei den vielen verheirateten Frauen, die mittellos und nicht selbst versichert sind. Es fehlt da der Träger der Kosten des Heilverfahrens. Sofern die schwangeren Frauen selbst oder ihre Ehemänner Mitglieder von Krankenkassen sind, reichen deren Leistungen auch nicht aus, um die Kosten für Anstaltskuren bei lebensbedrohlichen Zuständen während der Schwangerschaft zu decken.

Auch bei den reichsgesetzlich versicherten Frauen machen die Versicherungsträger von der Bestimmung im § 1269 der Reichsversicherungsordnung, daß das Heilverfahren für sie keine Pflicht darstellt, Gebrauch, wenn bei der Antragstellerin die Tuberkulose durch eine Schwangerschaft kompliziert ist. Es ist vom rein versicherungstechnischen Standpunkt zuzugeben, daß die Schwangerschaft die Aussichten des vorbeugenden wie des wiederherstellenden Heilverfahrens verschlechtert. Heute sollte aber das Gebot der sozialen Gerechtigkeit solche Kleinrechnerei überwinden, insbesondere

auch dann und gerade dann, wenn die tuberkulöse Schwangere ledig ist.

Es bleibt abzuwarten, ob unsere jetzt gesteigerten Bestrebungen gegen Fruchtabtreibung und für Geburtenvermehrung den Ausbau der Frauenheilstätten für tuberkulöse Schwangere der unbemittelten Volksschichten bringen, die Hilfsmittel oder Zuschüsse zu den Kuren bereitstellen und für Versicherte die liberalste Gewährung des Heilverfahrens vor, während und nach der Schwangerschaft sichern werden. Der Wunsch nach durchgreifenden Maßnahmen ist um so berechtigter, als in der Regel ein wirklicher Erfolg zu erreichen sein wird: entweder eine Besserung bei der Tuberkulösen und die Stärkung ihrer Abwehrstoffe gegen die Tuberkulose für Jahre hinaus oder ein lebensfähiges und nach Absonderung gesund bleibendes neues Individuum oder gar beides, während ohne die Heilstättenkur die Frucht, meist sogar auf kriminellen Wege, verloren geht und die Kur für die Mutter später doch, nur mit inzwischen verschlechterten Aussichten notwendig wird.

Es wäre eine neue Aufgabe für das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, nach dem Kriege den Kampf gegen die Tuberkulose der schwangeren Frau zu organisieren und einzupassen in den Rahmen der großzügigen Bestrebungen gegen einen weiteren Geburtenrückgang. M. E. würde es sich unschwer ermöglichen lassen, wenigstens in jeder Provinz eine Frauenheilstätte durch eine Abteilung auszubauen, die die heilstätten- und frauenärztliche Behandlung tuberkulöser Schwangerer übernimmt und durchführt. Es kämen für die Aufnahme in Frage: erstens die Schwangeren, bei denen begründeter Verdacht auf Tuberkulose vorliegt, damit die Diagnose sichergestellt und das Verhalten zur Schwangerschaft festgelegt wird; zweitens die Schwangeren mit beginnender Tuberkulose, um sie so günstig zu beeinflussen, daß die Schwangerschaft ohne Nachteil ausgetragen werden kann. Drittens würden hierher gehören solche Schwangere, bei denen der Lungenbefund den künstlichen Abort im Interesse der Mutter oder die künstliche Frühgeburt im Interesse des Kindes indiziert, sowie viertens die tuberkulösen Frauen, die über die besonderen Gefahren der Entbindung und des Wochenbetts hinweggebracht werden sollen und ihre Kinder in gesunder Umgebung aufziehen lassen wollen.

Bei der Auswahl würden Frauen- oder auch Kinderheilanstalten zu bevorzugen sein, deren leitenden Aerzte fähig und bereit sind, sich in der geburtshilflichen Technik durchzubilden. Die Anstalten müßten außerdem so gelegen sein, daß frauenärztliche Fachhilfe in regelmäßigen Zeitabständen und bei besonderen Gelegenheiten ohne Verzug möglich ist. So erscheint mir, um nur ein paar Beispiele anzuführen, für die Provinz Westfalen die Frauenheilstätte Auguste Viktoria-Stift in Lippspringe für die Angliederung einer Schwangeren-Abteilung besonders geeignet, sowohl wegen ihrer Anlage, als auch wegen der leichten Erreichbarkeit des Fach-

arztes der Hebammenlehranstalt in Paderborn. In der Provinz Hessen-Nassau würde die Frauenabteilung der Heilstätte in Oberkaufungen wegen der Nähe von Cassel in Frage kommen, für die Provinz Posen die Frauenheilstätte in Mühlthal wegen der Nähe von Bromberg usf.

Der Gedanke, besondere Heilstätten für tuberkulöse Schwangere neu zu errichten, verbietet sich schon mit Rücksicht auf die dringlicheren Aufgaben, die nach dem Kriege zu lösen sein werden. Außerdem reichen in den Frauenheilstätten die Räume und Lagestellen für die oben angegebenen Zwecke aus, wenn jene Anstalten sich endlich nnd grundsätzlich ihrer nicht-tuberkulösen Klientel nach Sicherstellung der Diagnose entledigen wollten. Es kann noch immer der Vorwurf gegen Versicherungsträger und Heilstättenärzte erhoben werden, daß gerade in den Frauenheilstätten ein erheblicher Prozentsatz — ich wage ihn auf 25 % zu schätzen — überhaupt nicht tuberkulös, überhaupt nicht lungenkrank, überhaupt nicht anstaltsbehandlungsbedürftig ist! Man muß als Kenner dieser Zustände Credé-Hörder unbedingt zustimmen, wenn er recht scharfe Worte findet darüber, daß soviele Nichttuberkulöse grund- und zwecklos teure Heilstättenkuren monatelang genießen, während tuberkulöse Schwangere, gleichviel aus welchen Gründen, draußen bleiben müssen. Auch allgemein-hygienische und prophylaktische Gesichtspunkte, wie vor allem die Ausschaltung der Ansteckungsquelle für die Familie und die Kleinkinderwelt sollten eine Aenderung herbeiführen.

Wahrscheinlich bringt der Weltkrieg ein solches Anschwellen behandlungsbedürftiger Tuberkulosefälle, daß die Lungenheilstätten sich auf ihre eigentliche Bestimmung, Mittelpunkte der therapeutischen Tuberkulosebekämpfung zu sein, besinnen müssen. Es wäre ein Segen, von dem in den Frauenheilstätten die tuberkulösen Schwangeren den Nutzen haben sollten.

Bei der Beseitigung von Mißständen, die sich wie die Fruchtabtreibung im Volke festgesetzt haben, ist mit Ver- und Geboten allein nichts getan. Werden aber Heilstättenbetten für tuberkulöse Schwangere ohne Einschränkung durch das Stadium der Erkrankung und der Schwangerschaft bereitgestellt und solche Heilstättenkuren für Versicherte und Nichtversicherte, Ledige und Verheiratete ermöglicht, dann haben wir das Mittel, die durch Tuberkulose bedingte Fruchtabtreibung, soweit sie kriminell ist, zu bekämpfen und in die gesundheitlich richtigen engen Bahnen zu lenken, soweit sie ärztlich geboten ist. Die Zusammenhänge dieser Aufgaben mit den Macht- und Kulturproblemen unseres Volkes sind durch den Weltkrieg nur offenbarer geworden. Die deutschen Aerzte werden auch an dieser Friedensarbeit hervorragenden Anteil nehmen, jeder an seinem Platze und nach seinen Kräften!

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die ausserordentliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge in Berlin (Reichstagsgebäude) am 7. Februar 1916.

(Ergänzungsheft der Zeitschrift für Krüppelfürsorge; Nr. 1. Leipzig 1916. Verlag von Leopold Voss. 8°, 198 S. Preis: 3,20 M., für Mitglieder der Vereinigung: 2,50 M.)

a. Vormittagssitzung.

Die außerordentlich zahlreich besuchte Versammlung, an der in Vertretung Ihrer Majestät der Kaiserin Ihre Kaiserliche und Königliche Hoheit die Frau Kronprinzessin Cecilie, sowie als Mitglied des österreichischen Kaiserhofes Seine Kaiserliche und Königliche Hoheit der Erzherzog Karl Stephan teilnahmen, wurde von dem Vorsitzenden der Vereinigung, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Dr. **Dietrich** - Berlin, eröffnet. In seiner Begrüßungsansprache gab er einen kurzen Ueberblick über die bisherige Kriegsinvalidenfürsorge, ihre Organisation in den einzelnen Bundesstaaten und ihre Leistungen. Danach sind in allen Bundesstaaten Landesausschüsse gebildet, in den größeren außerdem Provinzial-, Bezirks- und Kreisausschüsse; die Landesausschüsse haben sich wieder in einem Reichsausschuß vereinigt, der die Verbindung zwischen ihnen aufrecht erhält und die vielen gemeinsamen Fragen grundsätzlicher Art verhandelt. Einen wichtigen Faktor bei der Kriegsinvalidenfürsorge bilden Lazarettberatung und Lazarettunterricht; sie sind gleichsam die Grundlage der Fürsorge, die weiterhin in Berufsberatung, Berufsausbildung und Arbeitsvermittlung, wenn erforderlich auch in der Herbeiführung einer weiteren Heilbehandlung bestehen soll. Wenn sich seit der vor Jahresfrist abgehaltenen außerordentlichen Tagung der Vereinigung die Einrichtungen und Organisationen der bürgerlichen Kriegsinvalidenfürsorge so schnell und erfolgreich entwickelt hätten, so sei dies vor allem dem verständnisvollen Zusammenwirken aller amtlichen staatlichen und kommunalen Behörden, Berufs- und Wohlfahrtsvereinigungen usw. zu verdanken. Redner spricht diesen dafür den wärmsten Dank aus, heißt die erschienenen Vertreter der Reichsverwaltung und Bundesregierung, des Heeres und der Marine, der einzelnen Landesregierungen, Reichs- und Landesversicherungsanstalten, Gemeindebehörden, Berufsverbände, Wohltätigkeitsvereine usw. herzlich willkommen mit dem Wunsche, daß ihr zahlreiches Erscheinen eine gute Vorbedeutung für den Verlauf und Erfolg der Verhandlungen sein möge.

Es wird dann sofort in die Tagesordnung eingetreten:

1. Ein Jahr Krüppelfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Tätigkeit. Berichterstatter Prof. Dr. **Biesalski** - Berlin: Im letzten Jahre hat sich ein vollständiges Umlernen in der Beratung der Kriegsbeschädigten bis in die breitesten Volksschichten vollzogen. Die frühere sentimentale Auffassung, der Schwerverletzte sei nur ein Gegenstand des Mitleides und müsse infolgedessen befreit von aller Arbeit und Beschäftigung nur mit Liebe und Pflege umgeben werden, ist erfreulicherweise von Grund aus beseitigt und an ihre Stelle eine andere zeitgemäßere und erfreuliche Auffassung eingetreten, in der aber sehr viel mehr tatsächliche Fürsorge und Liebe steckt, als in jener alten. Niemand spricht jetzt mehr von dem einäugigen Leierkastenmann oder dem einbeinigen Hausierer, niemand verlangt Versorgungsheime für Verstümmelte, sondern ein jeder weiß jetzt, daß auch ein schwerverletzter Krieger nicht immer nötig hat, seinen Beruf zu wechseln, sondern daß er auch weiter in diesem tätig sein kann und daß namentlich aus dem landwirtschaftlichen kaum ein einziger Mann fortzubleiben braucht. Deshalb sind auch die überall in großem Umfange eingesetzten Siedlungsbestrebungen für die weitere Versorgung der Kriegsbeschädigten von großer Wichtigkeit; sie bilden ein äußerst wertvolles Mittel gegen die Landflucht und werden dazu beitragen, daß wieder größere Teile unseres Volkes zu ruhigerer Lebensweise und einfacheren Sitten zurückkehren. Wichtig ist ferner die Erkenntnis, daß Krüppeltum nicht zur Arbeit unfähig macht, sondern daß auch der Schwerverletzte zu arbeiten vermag, wenn er nur den „Willen" dazu hat. Er gehört nicht mehr ins Feierabendhaus oder in den Sorgenstuhl, sondern muß es als seine Ehrenpflicht

betrachten, daß er für sich, seine Angehörigen und das ganze Volk arbeitet. Daß dazu aber fast alle Kriegsbeschädigten mit ganz wenigen Ausnahmen fähig sind, verdanken wir den vorzüglichen Heilerfolgen der ärztlichen Kunst wie den großen Fortschritten auf dem Gebiete der Prothesen, wo Aerzte, Bandagisten und Techniker einmütig zusammenarbeiten. Die Vorbedingung für die Erfolge der Kriegsbeschädigtenfürsorge ist eine den wechselnden Anforderungen der Arbeit lebendig angepaßte organische Einheitlichkeit in der Zusammenfassung aller mitarbeitenden Kräfte; gerade die deutsche Kriegsbeschädigtenfürsorge ist aber im Gegensatz zu derjenigen im feindlichen Ausland einheitlich und folgerichtig auf Grund bewährter Erfahrungen aufgebaut und erstreckt sich mit der gleichen Liebe und Sorgfalt auf alle Kriegsbeschädigten ohne Unterschied, ob gemeiner Soldat oder Offizier, ob einfacher Mann oder Akademiker usw. Alle Teile unseres Volkes wirken gemeinsam auf das eine Ziel hin, für die wirtschaftliche Sicherstellung der Kriegsbeschädigten alle erforderlichen Grundlagen zu schaffen, um sie wieder voll erwerbsfähig zu machen und sie wenn irgend möglich wieder an ihre alte Arbeitsstelle zu bringen. Ist dieses Ziel erreicht, dann wird unser Volk den letzten Sieg erfochten und sich freie Bahn für die ungehemmte Weiterentwicklung auf geistigem wie wirtschaftlichem Gebiete errungen haben.

2. Die stationären und ambulanten Fürsorgeeinrichtungen für Kriegsbeschädigte in Deutschland. Berichterstatter: Generalarzt Dr. **Schultzen**-Berlin: Erhaltung und Förderung der Schlagfertigkeit unseres Heeres durch Fernhaltung von Krankheiten und Seuchen, durch schnellste Wiederherstellung Verwundeter und Kranker, sowie Erhaltung und Förderung der Opfer des Krieges, die Sorge für ihre körperliche, seelische und soziale Heilung und Gesundung bilden die berechtigsten und vornehmsten Aufgaben des Militärsanitätsdienstes. Dauernde Schädigungen durch Krankheiten treten in diesem Kriege vollkommen zurück hinter denjenigen durch Verwundungen und Verletzungen mit ihren Folgen. Die rein körperliche Heilung der Verletzten ist lediglich Sache der Aerzte und ihres Hilfspersonals, denen dazu in den Lazaretten und Heilanstalten alle Mittel der modernen Wissenschaft zu Gebote stehen. Aber auch ihre seelische Heilung ist in die Hand des Arztes gelegt; denn nur er kennt die seelischen Folgewirkungen der Verletzung. Sehr wertvoll ist jedoch hierbei eine verständnisvolle Unterstützung durch ein gut angeleitetes Pflegepersonal, durch die Angehörigen und sonstige Personen, die sich der Kriegsbeschädigtenfürsorge widmen. Diese ganze ärztliche Betätigung erfordert außerordentlich viel Geschick, Ausdauer, Langmut und Hingabe; sie muß vor allem das Ziel im Auge haben, neben der körperlichen und seelischen Gesundung auch eine soziale Erstarkung und Gesundung des Verletzten zu erreichen. Jeder Verwundete muß die Ueberzeugung haben, daß ärztliche Wissenschaft und Kunst sowie Technik und Nächstenliebe das Möglichste tun, um ihn wieder hoch zu bringen; er soll aber davon durchdrungen sein, daß er selbst den festen Willen zur Arbeit, Gesundung und Erwerbsbetätigung haben muß. Deshalb muß ihm von vornherein klar gemacht werden, daß Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ein viel höheres Gut für ihn sind als eine Rente; dadurch wird auch die sich sonst leicht und epidemisch einstellende Rentensucht vermieden. Am sichersten erreichen wir die soziale Gesundung durch frühzeitige Beschäftigung und frühzeitige Gewöhnung an die Arbeit; Langeweile und Müßiggang sind die größten Feinde dieser Gesundung. Wenn sich auch in jedem Lazarett und Krankenhause genügend Gelegenheit zu ernster Arbeit findet, so ist doch erforderlich, über diese Gelegenheit hinaus Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, die aber nicht in das Belieben der Kriegsbeschädigten gestellt, sondern nach Verordnung und unter Leitung der Aerzte in straffer Zucht ausgeübt werden müssen. 50 Lazarette sind deshalb bereits mit großen Werkstätten für die verschiedensten Handwerke, 80 mit kleineren Werkstätten versehen und bei 30 Lazaretten besondere Möglichkeiten zu landwirtschaftlicher Arbeit und Betätigung geschaffen; weiterhin ist der Militärverwaltung in dieser Hinsicht die Unterstützung der Behörden, Gemeinden, Fachschulen, Industrie usw. in reichem Maße zuteil geworden. Große Erfolge sind auch bei verschiedenen Armeekorps dadurch erzielt, daß Verletzte im Industriebetriebe zur Ausbildung abgeordnet

sind. Nach den bisherigen Erfahrungen ist für eine derartige Arbeitsfürsorge und Arbeitserziehung ein dezentralisierendes Verfahren zu empfehlen, da es eine weitgehende Anpassung je nach den örtlichen Verhältnissen gestattet. Jedenfalls ist die Arbeitstherapie ein außerordentlich wichtiger unentbehrlicher Heilfaktor für die Verwundetenfürsorge; sie muß deshalb immer mehr ausgedehnt und ausgebaut werden, damit sie jedem Willigen teilhaftig werden kann.

3. Anlage und Organisation von Invalidenschulen. Oberstabsarzt Prof. Dr. **Spitzy**-Wien berichtet über das im Januar 1915 in Wien errichtete orthopädische Spital, das jetzt 3000 Betten in 42 Baracken umfaßt, mit allen medizinischen und orthopädischen Einrichtungen ausgerüstet und vorbildlich für das ganze Land ist. Dieser medizinischen Zentrale ist eine pädagogische angegliedert, in der Werkstätten für 35 gewerbliche Betriebe, vorzugsweise für den kleinen Mann geeignet, angereiht sind. Die hier ausgebildeten Kriegsverletzten werden später von den verschiedenen Betrieben, die ein Auskommen gewähren, übernommen. So wird die Arbeitsleistung und Arbeitsausbildung bis ins einzelne durchgeführt. Zur Lösung der einzelnen Fürsorgeaufgaben ist die Invalidenschule in eine ärztliche, technische, Verwaltungs- und Arbeitsvermittlung-Abteilung ausgebaut, die alle vier von einem Zentralbureau geleitet werden, während für jede Abteilung ein besonderer fachmännischer Leiter vorgesehen ist. Die Invalidenschule ist noch mit einer Prothesenfabrik, in der 300 Mann beschäftigt werden, verbunden, an die wieder eine Lehrwerkstätte angegliedert ist. Hier wird an der Normalisierung von Prothesenteilen gearbeitet; außerdem soll hier jeder Invalide die Ausbesserung seiner Prothese lernen. In der Invalidenschule ist somit ein weitverzweigter Schul- und Arbeitsbetrieb ausgebildet, der alle Bedürfnisse der Ausbildung und des Erwerbs berücksichtigt. Die Invalidenschule soll auch im Frieden ihre Tätigkeit fortsetzen, um ihre reichen Erfahrungen und zweckmäßigen Einrichtungen für Unfallverletzte und verkrüppelte Kinder nutzbar zu machen.

4. Organisation der Institution des Königl. Ungarischen Kriegsinvalidenamtes. Generalstabsarzt Prof. Dr. **Dillinger**-Budapest: In Ungarn sind bis jetzt 42 642 Kriegsinvaliden festgestellt, für die eine staatliche Fürsorge einzutreten hat. Um diese in wirksamer Weise durchzuführen, ist eine Zentral-Landesinvalidenamtstelle eingerichtet, der die Militärbehörden sämtliche Kriegsinvaliden mitzuteilen haben und die diese wiederum nach ihren verschiedenen Leiden den entsprechenden Spezialanstalten zuweist. Die Fürsorge umfaßt auch hier drei Hauptgruppen: ärztliche Behandlung, Ausbildung und Schulung sowie Arbeitsvermittlung. Für die ärztliche Nachbehandlung stehen in verschiedenen Landesteilen 10 960 Betten (4600 für innere und 6360 für äußere Kranke) zur Verfügung. Eine eigene Prothesenfabrik mit 130 Arbeitern, die an ein für 500 Ausgebildete bestimmtes Sammelspital angegliedert ist, stellt die Ersatzglieder her; sie liefert wöchentlich 100 Prothesen. Außerdem sind besondere Fachschulenv orgesehen; in der größten davon können 700 Invalide ausgebildet werden. Für die Unheilbaren und diejenigen, die wegen ihrer schweren Gebrechen dauernde ärztliche Behandlung fordern, sollen eigene Invalidenhäuser errichtet werden. Invalide, die jede Ausbildung ablehnen, unterliegen der Beurteilung durch eine besondere Prüfungskommission, die sie auf Grund des festgestellten Untersuchungsergebnisses im Falle der Ausbildungsfähigkeit einer Invalidenschule oder Nachbehandlungsanstalt überweist oder bei weiterem ablehnenden Verhalten Entziehung der Rente beantragt.

5. Die Friedenskrüppelheime als Grundlage für die gleichartige Fürsorge der Kriegsverletzten. Der Berichterstatter Pastor **Hoppe**-Nowawes gibt zunächst einen kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung der Krüppelfürsorge im Frieden, die besonders von der inneren Mission der evangelischen Kreise gefördert ist. Im Deutschen Reiche sind jetzt 53 Krüppelheime mit 5239 Betten und 215 Werkstätten für 51 verschiedene Berufe vorhanden. Für die kriegsbeschädigten Soldaten könne gar nicht besser gesorgt werden, als es in diesen schon bestehenden Anstalten möglich ist, die mit Klinik, Schule, Handwerksstätten verbunden, sowie mit allen erforderlichen Einrichtungen ausgestattet sind und außerdem auch für Unterbringung in einem geeigneten Berufe sorgen, kurz und gut, alles das leisten, was auch von

der Kriegsbeschädigtenfürsorge angestrebt wird. Auffallender Weise werden aber bisher diese Krüppelheime weder von der Militärverwaltung, noch vom Reichsausschuß, noch vom Roten Kreuz im wünschenswerten Maße ausgenutzt; hoffentlich trete in dieser Beziehung recht bald ein im Interesse unser Kriegsbeschädigten wünschenswerter Wandel ein.

6. Lazarettschule und bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge. Berichterstatter Landesrat Dr. **Horion:** Eine außerordentliche Unterstützung findet die bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge durch die Lazarettschulen und Lazarettwerkstätten; sie hat an diese jedoch drei Forderungen zu stellen: Die Tätigkeit der darf keine spielende, lediglich die Langeweile tötende Beschäftigung mit kleinen Handfertigkeiten darstellen, sondern es muß, soweit es der Gesundheitszustand des Verletzten gestattet, anstrengende, praktische Arbeit, womöglich in dessen Beruf geleistet werden. Es muß weiterhin den Kriegsbeschädigten der möglichst vollkommene Gebrauch seiner beschädigten Glieder oder seiner Ersatzglieder gelehrt und dieser endlich auf den von ihm mit Rücksicht auf seine Beschädigung künftighin zu ergreifenden Beruf vorbereitet und ihm eine etwaige Umbildung oder Neuausbildung verschafft werden. Sobald der Verletzte geheilt und den Gebrauch der verstümmelten Glieder erlernt hat, empfiehlt es sich aber, ihn nach Hause zu entlassen; denn bei den in die Heimat entlassenen Kriegsbeschädigten ist die Arbeitsfähigkeit und Arbeitslust viel größer und die Rentensucht viel geringer als bei den im Lazarett verbleibenden. Nach dem Ergebnis einer Umfrage bei sämtlichen Ortsausschüssen für Kriegsbeschädigtenfürsorge in der Rheinprovinz, die sich auf 17 000 Kriegsbeschädigte erstreckt, ist z. B. die in den Lazaretten so gefürchtete Rentensucht im praktischen Leben bei den äußerlich Verstümmelten und Beschädigten fast unbekannt. Anderseits darf man aber auch die Arbeitsfähigkeit der Kriegsbeschädigten nicht überschätzen; desgleichen muß man sich hüten, sie für einen Beruf auszubilden, der späterhin keinen lohnenden Erwerb gibt; was z. B. häufig bei Stenographie und Maschinenschreiben der Fall ist. Etwaige Mißgriffe in dieser Hinsicht werden am besten durch Zusammenarbeiten der Lazarettschulen mit der bürgerlichen Fürsorgetätigkeit vermieden; dieses Zusammenarbeiten wird auch zur Klärung mancher noch zweifelhaften Fragen auf diesem Gebiete führen, die im Interesse der Kriegsbeschädigten selbst sehr erwünscht ist.

Aussprache:

Freifrau von Bissing, Exzellenz, tritt warm für die Mitarbeit der Frauen bei der Kriegsbeschädigtenfürsorge ein und bittet, daß die Chefärzte diesen bei ihrer Arbeit mehr als bisher entgegenkommen. Ohne ihre Unterstützung sei auch keine richtige und zweckmäßige Fürsorge in der Familie nach der Entlassung der Verletzten möglich. Die Arbeit der Lazarettfürsorge und Familienfürsorge müsse Hand in Hand gehen.

Prof. Dr. **Wullstein**-Bochum: Neben den Krüppelheilanstalten sind auch die großen Unfallkrankenhäuser berufen, bei der Kriegsbeschädigtenfürsorge mitzuwirken. Die Schwierigkeiten der Arbeitsausbildung sind ebenso wie der Ersatz durch künstliche Glieder bei den ungelernten landwirtschaftlichen Arbeitern nicht so schwierig wie bei den ungelernten Industriearbeitern; außerdem ist bei der Arbeitsausbildung die provinzielle Eigenart zu berücksichtigen. Vor allem müssen die Ausbildungsschulen und -Anstalten eine große Zahl von Berufsausbildungsmöglichkeiten bieten, damit der Verletzte möglichst freie Wahl für seinen künftigen Beruf hat; deshalb ist auch Ausbildungsmöglichkeit für sitzende oder halbsitzende Berufe zu schaffen, die sich namentlich für Beinamputierte empfehlen.

Stabsarzt Dr. **Silberstein**-Nürnberg betont, daß sich die Sorge um die Kriegsbeschädigten nicht von der um die im Berufsleben Geschädigten trennen läßt; das geschieht aber am besten in Anstalten, deren Betrieb und Unterhaltung unabhängig vom Zeitpunkt des Friedensschlusses ist. Krüppelfürsorge und Kriegsbeschädigtenfürsorge lassen sich nach einheitlichen Gesichtspunkten regeln; deshalb können auch Krüppel und Kriegsbeschädigte in entsprechend eingerichteten gemeinsamen Anstalten behandelt werden. Damit diese Anstalten, die einen nicht unerheblichen Kostenaufwand fordern, allen Anforderungen genügen, sollten alle beteiligten Kreise (Deutsche Vereinigung für Krüppel-

fürsorge, Versicherungsanstalten, staatliche und freiwillige Organe der Kriegsbeschädigtenfürsorge) die Lasten nach Maßgabe der jeweiligen Inanspruchnahme gemeinsam tragen.

Assistenzarzt Dr. Hecht-Wien spricht über die Errichtung und Organisation von typischen, mechanotherapeutischen Stationen für chirurgische Spitäler und empfiehlt die Errichtung zahlreicher kleinerer und mittelgroßer derartiger Stationen in Verbindung mit bestehenden Heilanstalten, damit hier gleich die physikalisch-therapeutische Nachbehandlung in unmittelbaren Anschluß an die Wundheilung beginnen kann. Die dadurch entstehenden Kosten seien geringer als bei großen Zentralanstalten, da die kleinen Anstalten einfacher ausgestattet sein könnten; an Apparaten genüge z. B. im allgemeinen der Universal-Handelapparat.

Stabsarzt Dr. W. Hartwich-Paderborn, beauftragt mit der Geschäftsführung des Ausschusses der Kriegsinvalidenfürsorge im Kreise Paderborn, berichtet über seine dort gemachten Erfahrungen auf dem Gebiete der Arbeitsheilbehandlung und ist der Ansicht, daß sich eine solche mit Leichtigkeit auch in den kleinen Lazaretten durchführen läßt.

L. Gernegroß-Frankfurt hat einen längeren schriftlichen Bericht über die Tätigkeit des Vereins für Krüppelfürsorge in Frankfurt a. M. eingesandt, aus dem hervorgeht, daß neben dem Heilverfahren in Verbindung mit dem Arzte eine frühzeitige und sachverständige Beratung der Kriegsbeschädigten durch geeignete Berater eingerichtet ist; dadurch wird eine alsbaldige Heranziehung der Invaliden zur Arbeit und eine sorgfältige, nicht schablonenhafte Berufsausbildung ermöglicht. (Schluß der Vormittagssitzung.)

(Schluß folgt.) Rpd.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Fluoreszenz der Hämoglobinderivate und ihre Bedeutung für den forensischen Blutnachweis. Von Robert Heller. Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität Zürich; Direktor: Prof. Dr. Zangger. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge, 51. Bd., 2. H.; Jahrg. 1916, 2. Heft.

Um die Fluoreszenz der gerichtlich-medizinischen Methodik des Blutnachweises nutzbar zu machen, hat Verfasser versucht, Blut durch verschiedene Mittel zur Lichtaussendung anzuregen. Er kam bei Versuchen bald zu dem Ergebnis, daß dazu nur die Hämoglobinderivate und zwar hauptsächlich das Hämatoporphyrin geeignet seien. Bekanntlich hat sich die durch Struwe, Kratter und Hammerl in die gerichtlich-medizinische Technik des Blutnachweises eingesetzte spektrale Hämatoporphyrinprobe sehr gut bewährt; die kombinierte Hämochromogen-Hämatoprophyrinprobe wird allgemein als sicherstes Verfahren für den Blutnachweis angesehen. Eine praktische Verwertung der Fluoreszenz dieses Blutderivats ist dagegen bisher noch nicht erfolgt; sie wird auch nur bei Verwendung von ultraviolettem Lichte hervorgerufen, unter dessen Einwirkung das Hämatoporphyrin sichtbares Licht aussendet. Verfasser hat diese von ihm entdeckte neue optische Methode des forensischen Blutnachweises weiter ausgebaut und festgestellt, daß sie außerordentlich empfindlich und deshalb in gerichtlich-medizinischer Hinsicht von großem Wert ist. Bei ihrer Verwertung sind folgende Gesichtspunkte zu beachten:

Der mikroskopische Nachweis der Fluoreszenz des Hämotoporphyrins bei Benutzung des Tageslichts ist beschränkt auf Lösungen des Farbstoffes.

Blut leuchtet im ultravioletten Lichte nicht; erst wenn durch Einwirkung geeigneter Reagentien Hämatoporphyrin gebildet ist, beginnt es intensiv zu fluoreszieren. Da auch die gewöhnlichen Eisenverbindungen nicht fluoreszieren, so liegt in dieser Reaktion nicht nur ein zuverlässiges Erkennungsmittel für Blutflecken, sondern auch ein scharfes Unterschiedsmerkmal zwischen diese und Rostflecken. Das alkalische Hämatoporphyrin zeigt bei Bestrahlung mit ultraviolettem Lichte eine karmoisinrote, das saure Hämatoporphyrin eine orangerote Fluoreszenz von großer Stärke. Die Methode hat weiterhin den großen Vorzug, daß sie selbst bei ganz unbedeutenden, nur der mikroskopischen

Betrachtung zugänglichen Spuren verwendbar ist. Sie kann außerdem an dem gleichen Materiale wie die spektrale Hämatoprophyrinprobe vorgenommen werden, besitzt aber dieser gegenüber den Vorzug, daß sie auch im auffallenden Lichte, also bei undurchsichtigen Proben stattfinden kann, während die spektroskopische Untersuchung durchfallendes Licht erfordert. Dieser Vorzug befähigt die Methode der Fluoreszenz mittels ultravioletten Lichtes in hervorragender Weise zum Nachweis von Hämatoprophyrin in Organproben; auch kann sie dazu dienen, das Alter von Blutteilen und Blutaustritten sowohl an Leichen, wie am Lebenden festzustellen. Bei der technischen Ausführung der neuen Methode bedient man sich mit Vorteil der Einschaltung geeigneter Strahlenfilter, die die sichtbaren Strahlen absondern, dagegen die ultravioletten in genügendem Maße durchlassen wie z. B. das Woodsche Filter in der Lehmannschen Anordnung („U.V.-Filterlampe). Rpd.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Ein Rechtsanspruch des Versicherten auf Gewährung eines Krankenkassenzuschusses für größere Heilmittel besteht nicht. Urteil des Reichsversicherungsamtes vom 11. Januar 1915.

Nach § 193 R.V.O. kann eine Krankenkassensatzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen, auch bestimmen, daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren darf. Auf diese Bestimmung stützte sich die Klage eines Krankenkassenmitgliedes, das sich einen Oberkieferzahnersatz beschafft hatte, gegen seine Kasse unter Hinweis auf deren Satzung, nach der sie ihren Mitgliedern für größere Heilmittel einen Zuschuß bis zur Höhe von 15 M. gewähren dürfe. Die in Anspruch genommene Kasse verweigerte den Zuschuß mit Rücksicht auf ihre ungünstige Vermögenslage. Das Reichsversicherungsamt entschied dahin, daß ein klagbarer Anspruch auf eine solche Zubuße nicht bestehe und führte dazu folgendes aus:

Richtig ist, daß die Gewährung eines Zuschusses i. S. des § 26 Nr. 1 Satz 2 der Kassensatzung eine Mehrleistung ist; denn sie gehört nicht zu den im § 179 Abs. 1 R.V.O. vorgeschriebenen Regelleistungen und auch nicht zu den Ersatzleistungen, da sie nicht an die Stelle einer in erster Linie zu gewährenden Leistung tritt. Daraus folgt jedoch nicht, daß die Klägerin einen Rechtsanspruch auf Zahlung des Zuschusses hat. Allerdings darf die Gewährung der satzungsmäßig bestimmten Mehrleistungen grundsätzlich nicht dem Ermessen des Kassenvorstandes überlassen werden; die Versicherten haben vielmehr regelmäßig einen Anspruch auf diese Leistungen, wenn die gesetzlichen und satzungsmäßigen Voraussetzungen vorliegen. Indessen läßt das Gesetz Ausnahmen zu. So schreibt § 187 Nr. 2 R.V.O. vor, daß die Kassensatzung eine gewisse Fürsorge für Genesende „gestatten" kann. Die Gewährung dieser Fürsorge ist somit, falls sie in der Satzung vorgesehen ist, dem Ermessen des Vorstandes überlassen. Eine weitere Ausnahme enthält die Vorschrift des § 193 Abs. 1 a. a. O., soweit sie die Gewährung eines Zuschusses für größere Heilmittel betrifft. Das ergibt sich schon aus dem Wortlaut der Vorschrift, wonach die Satzung bestimmen kann, daß die Kasse den Zuschuß gewähren „darf". Hätte der Gesetzgeber den Versicherten einen Rechtsanspruch auf die Gewährung des Zuschusses einräumen wollen, so hätte er wohl eine andere und deutlichere Fassung gewählt. Insbesondere hätte es nahe gelegen, ebenso wie in § 193 Abs. 2 und 3 a. a. O. sowie in sonstigen Vorschriften die Wendung „die Satzung kann zubilligen" zu gebrauchen. Auch die Begründung zum Entwurfe der R.V.O. spricht nicht gegen die hier vertretene Ansicht. Dort ist ausgeführt, es sei für den Versicherten oft hart, daß er deshalb überhaupt keine Beihilfe für ein Heilmittel erhalte, weil dessen Kosten über die eines „kleineren" Heilmittels hinausgingen. Ihm werde unter Umständen sehr wesentlich damit gedient sein, wenn die Kasse ihm für das teuere Heilmittel so viel zuschieße, als sie für ein billigeres selbst hätte ausgeben dürfen. Diese Bemerkungen bieten keinen Anhalt für die Annahme, daß dem Versicherten ein Rechtsanspruch auf die Gewährung des Zuschusses eingeräumt werden sollte.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Die Ergebnisse der reichsgesetzlichen Unfallversicherung. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1916, Nr. 2.

Nach dem vom Reichsversicherungsamt angestellten Nachweis der gesamten Rechnungsergebnisse für das Jahr 1914 umfaßte die Unfallversicherung 117 Berufsgenossenschaften (68 gewerbliche und 49 landwirtschaftliche), 563 Ausführungsbehörden (191 staatliche und 372 gemeindliche) und 14 Zweiganstalten, eine Tiefbau-Berufsgenossenschaft und eine See-Berufsgenossenschaft. Die Zahl der Versicherten betrug 27 964 684 Personen; davon entfielen 10 236 331 auf die gewerblichen, 17 635 987 auf die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und 96 206 auf die See-Berufsgenossenschaft.

An Entschädigungsbeträgen (ohne die Kosten der Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit) haben die Verletzten und deren Angehörige im Jahre 1914 von den Berufsgenossenschaften 161 476 256,35 M. (gegen 159 019 132,93 M. im Vorjahre), von den Ausführungsbehörden 14 533 074,50 Mark (gegen 14 414 376,74 M. im Vorjahr), von den Zweiganstalten der Baugewerks-Berufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der See-Berufsgenossenschaft 1 779 432,68 M. (gegen 1 917 256,43 M. im Vorjahr) zusammen 177 788 763,53 M. (gegen 175 350 766,10 M. im Vorjahr) erhalten. Von der Vorschrift, nach der Verletzte, deren Rente ein Fünftel der Vollrente oder weniger beträgt, mit ihrer Zustimmung durch Kapitalzahlungen abgefunden werden können, haben die Genossenschaften usw. in 8193 Fällen Gebrauch gemacht. Der hierfür aufgewendete Betrag stellt sich auf 5 408 275,23 M. 2892 Verletzte (gegen 3098 im Vorjahr) haben im Geschäftsjahr wegen Hilflosigkeit eine höhere Rente als 66²/₃ vom Hundert ihres Jahresarbeitsverdienstes (gesetzliche Vollrente) bezogen.

Die Anzahl der gemeldeten Unfälle betrug 704 973, davon waren entschädigungspflichtig: 124 086 (gegen 139 633 im Vorjahre); hiervon hatten 9401 den Tod und 793 eine mutmaßlich dauernd völlige Erwerbsunfähigkeit der Verletzten zur Folge.

Die Unfallgefahr in den einzelnen Gewerbegruppen stellt sich nach den im Geschäftsjahr vorgekommenen entschädigungspflichtigen Unfällen wie folgt: Es entfallen auf

	1000 Vollarbeiter Unfälle	
	1914	1913
bei der Gewerbe-, Bau- und See-Unfallversicherung — jedoch — ohne die Zweiganstalten der Baugewerks-Berufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der See-Berufsgenossenschaft —	7,80	7,77
und in der Gruppe bezw. Berufsgenossenschaft:		
Knappschafts-Berufsgenossenschaft	15,05	14,94
Steinbruchs-Berufsgenossenschaft	15,54	13,95
Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik	5,70	4,98
Eisen und Stahl	9,75	9,97
Metall	7,56	7,02
Berufsgenossenschaft der Musikinstrumentenindustrie	7,22	5,33
Glas-Berufsgenossenschaft	4,53	3,77
Töpferei-Berufsgenossenschaft	3,30	3,06
Ziegelei-Berufsgenossenschaft	9,11	8,72
Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie	7,24	7,09
Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke	5,36	5,25
Textilindustrie	2,52	2,70
Papiermacher-Berufsgenossenschaft	8,95	8,98
Papierverarbeitungs-Berufsgenossenschaft	3,96	3,28
Lederindustrie-Berufsgenossenschaft	5,49	5,38
Holz	10,94	9,69
Müllerei-Berufsgenossenschaft	12,19	13,76
Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft	2,93	3,61
Zuckerindustrie-Berufsgenossenschaft	7,78	8,15
Berufsgenossenschaft der Molkerei-, Brennerei- und Stärke-industrie	6,42	6,07
Brauerei- und Mälzereiberufs-Genossenschaft	8,83	8,27
Tabak-Berufsgenossenschaft	0,49	0,56

	1000 Vollarbeiter Unfälle	
	1914	1913
Bekleidungsindustrie-Berufsgenossenschaft	1,85	1,93
Berufsgenossenschaft der Schornsteinfegermeister des Deutschen Reichs	5,33	5,42
Bauwesen	10,50	9,91
Deutsche Buchdrucker-Berufsgenossenschaft	2,63	2,75
Privatbahn-Berufsgenossenschaft	4,81	4,94
Straßen- und Kleinbahn-Berufsgenossenschaft	7,65	6,76
Lagerei-Berufsgenossenschaft	9,28	9,00
Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft	13,83	17,37
Binnenschiffahrt	16,16	14,49
See-Berufsgenossenschaft	7,01	5,06
Tiefbau-Berufsgenossenschaft	15,05	13,07
Fleischerei-Berufsgenossenschaft	6,40	6,47
Detailhandels-Berufsgenossenschaft	1,31	0,75
Versicherungsgenossenschaft der Privat-Fahrzeug- und Reittierbesitzer	5,12	4,72
Ausführungsbehörden:		
Marine- und Heeresverwaltung	2,32	3,03
Oeffentliche Baubetriebe (staatliche und gemeindliche Bauverwaltungen)	5,74	6,12
Staatseisenbahnen, Post und Telegraphen	5,86	6,38
Staatsbetriebe für Schiffahrt, Baggerei, Flößerei usw.	8,26	5,67

Die laufenden Verwaltungskosten stellen sich bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften auf 14 032 833,46 M. = 1,48 M. auf den Versicherten (gegen 14 203 128,34 M. oder 1,34 M. im Vorjahr), bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften auf 4 730 580 M. = 0,27 M. auf den Versicherten (gegen 4 640 156,12 M. oder 0,27 M. im Vorjahr). Die Verwaltungskosten sind somit bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften erheblich höher.

Die Bestände der bis zum Schlusse des Geschäftsjahres angesammelten Rücklage der Berufsgenossenschaften einschließlich Zweiganstalten betrugen zusammen 863 563 584,50 M.; an sonstigem Vermögen war ein Betrag von 237 665 996,18 M. vorhanden. Rpd.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Fachtechnische und gewerbehygienische Berufsberatung für Kriegsverletzte. Von Reg.- und Gewerberat Fischer-Potsdam. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 3.

Die rein fachtechnische Beratung des Kriegsbeschädigten allein genügt oft nicht, sie muß vielmehr in einer gewerbehygienischen Beratung ihre Ergänzung finden. Ist der Berufsberater in dieser Hinsicht nicht bewandert, so ist es seine Pflicht, einen gewerbehygienischen Berater in der Person eines gewerbehygienisch genügend geschulten Arztes oder eines Gewerbeaufsichtsbeamten heranzuziehen. denen dann die besonders wichtige Aufgabe zuteil wird, die Unterbringung und Beschäftigung der Kriegsverletzten in den gewerblichen Betrieben fortdauernd zu überwachen, damit sie gebotenenfalls von den ihnen nicht zuträglichen Beschäftigungsarten fern gehalten werden. Bei solchen Bemühungen werden die Gewerbeaufsichtsbeamten aber auf den Widerstand der Kriegsverletzten stoßen, wenn der rein fachtechnische Berufsberater ihnen die aus gewerbehygienischen Gründen zu beanstandende Tätigkeit empfohlen hat. Auch die technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften werden den jetzt teilweise erweiterten Aufgaben des Unfallschutzes im Hinblick auf die Kriegsverletztenbeschäftigung ihre besondere Aufmerksamkeit zu widmen haben. Dr. Wolf-Hanau.

Kriegsblindenfürsorge. Von San.-Rat Dr. W. Feilchenfeld-Charlottenburg. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 18.

Krückmann nennt als Berufe, die für Kriegsblinde zu empfehlen sind, an erster Stelle Seilerei, Stuhlflechterei, Bürsten- und Besenbinderei, Korbmacherei, die eine Ausbildungszeit von 2½—4 Jahren erfordern. Auch Mattenflechten, Stuhlbeziehen und Netzestricken gehören zu den Erwerbsquellen, die aber sämtlich nur einen notdürftigen Unterhalt gewähren. Silex hat den Wochenverdienst der Blinden durch Stuhlflechten auf 6 M, Korbmachen auf 9—11 M., Bürstenbinderei auf 8—12 M., durch Seilerei auf 12 M. festgestellt. Vor Betätigung der Blinden auf musikalischem Gebiete ist im allgemeinen zu warnen; nur besonders Begabte sollen sich als Organisten und ausübende Künstler ausbilden lassen, sonst wird der Beruf als Bettel betrieben. Für Klavierstimmer ist eine gründliche Lehrzeit von mindestens 2 Jahren erforderlich; sie müssen auch Reparaturen vorzunehmen gelernt haben. Der Rat an Blinde, Schreibmaschine zu erlernen, ist nur in seltenen Fällen berechtigt, da der Blinde an der Schreibmaschine meist wesentlich hinter dem Sehenden zurückbleiben wird; der Verdienst ist außerdem gering und lohnt sich nur in größerem Betriebe. Akademiker und frühere Kaufleute, die als Korrespondenten Beschäftigung zu finden Aussicht haben, mögen Schreibmaschine lernen; aber zu Stenotypisten und Schreibern sollte man Kriegsblinde besser nicht ausbilden.

Silex fand in den Königl. Munitionsfabriken, im Feuerwerkslaboratorium und Militärbekleidungsamt eine große Anzahl von Arbeiten, die sich für Blinde sehr gut eigen, z. B. Einziehen von Patronen in Patronenrahmen oder Lederstreifen, Revidieren der Patronen auf festen Sitz der Geschosse, Einstecken von Patronen in die Taschen eines Patronengurtes. Auch für Schuhmacher, Tischler, Schneider fand sich regelmäßige geeignete Arbeit, die bereits nach wenigen Stunden erlernt war und einen Tagesverdienst von 3,68 bis 4,40 M. brachte. Bei solcher gewinnbringenden Beschäftigung neben der Rente von etwa 1400 M. für den einfachen Soldaten gehen die Blinden einer materiell sorglosen Zukunft entgegen. Die Arbeitsstellen in den Königl. Militärinstituten werden, wenn die bisherige Zahl der Blinden (etwa 800) nicht mehr erheblich steigt, zur Versorgung der Kriegsblinden aus Arbeiter- und Handwerkerkreisen voraussichtlich genügen.

Es sollte eine Untersuchungskommission aus einem Fabriktechniker, einem intelligenten Blinden und einem Blindenlehrer die großen Industriebetriebe nach Arbeit absuchen, die von Blinden ebenso wie von anderen Arbeitern geleistet werden kann. Auch Packen, Wickeln, Sortieren, Bedienen einfacher Maschinen usw. kommt da in Frage. Wenn besonders Betriebe außerhalb der Großstädte zunächst ausgewählt werden, können die in der Nähe der Fabriken angesiedelten Blinden auch ohne fremde Hilfe die Arbeitsstätte aufsuchen und so durchaus selbständig in ihrem Erwerbe sein. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Rentensucht der Kriegsbeschädigten.[1] Von Landesrat Horion-Düsseldorf. Zeitschrift für Kriegsfürsorge; 1916, Heft 4.

Die Rentensucht ist wenigstens bei den körperlich Beschädigten, solange sie noch im Lazarett sind, größer, als wenn sie nach Hause entlassen sind; die üblen Erfahrungen, die vielfach mit der Beschäftigung und der Ausbildung der Kriegsbeschädigten während des Lazarettaufenthaltes gemacht werden, dürfen daher nicht verallgemeinert und nicht auf die Kriegsbeschädigten allgemein auch nach ihrer Entlassung aus dem Militärverbande ausgedehnt werden. Wenn auch die Rentensucht nicht so sehr im Mittelpunkt der Kriegsbeschädigtenfürsorge steht, daß von ihrer Beseitigung der ganze Erfolg der Arbeit abhängt, so wird aber doch wohl zu erwägen sein, ob nicht gesetzgeberische oder Verwaltungsanordnungen sich treffen lassen, durch die die Schäden, die diese Rentensucht jetzt für die Wiedererwerbsfähigmachung der Kriegsbeschädigten bringt und noch bringen wird, nach Möglichkeit beseitigt werden. Dr. Wolf-Hanau.

---

[1]) Vergl. auch den Bericht über den Vortrag desselben Verfassers auf der diesjährigen Tagung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, Seite 302 dieser Nummer.

Staatliche Invalidenfürsorge in Ungarn.[1]) Von Dr. Ferenczi-Budapest. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1916, Heft 4.

Laut einer Verordnung des königl. ungarischen Ministerpräsidenten über die Organisation der staatlichen Invalidenfürsorge erstreckt sich der Wirkungskreis des königl. ungarischen Invalidenamtes auf die Heilinstitute zur Nachbehandlung der gelähmten, verstümmelten und innerlich kranken Soldaten, auf die Invalidenschulen, Prothesenwerkstätten und auf die landwirtschaftlichen und gewerblichen Erwerbsanlagen, und zwar sowohl betreffs der Aufstellung, als betreffs der Erhaltung und Leitung der bezeichneten Institute. Das Invalidenamt hat als Invalidenberater bis heute überhaupt nur heilpädagogische und Volksschullehrer, und zwar nur in den Lazaretten und in den Invalidenschulen angestellt. Eine örtliche Dezentralisation, unter Einbeziehung der Ortsbehörden und von gesellschaftlichen Kräften wurde bei dieser Aufgabe vermieden; die Fürsorge besteht somit derzeit noch in der ausschließlich staatlich bureaukratischen Zentralisation aller sozialer Aufgaben. Dieser Mangel der lokalen und beruflichen Dezentralisation, zu der auch in Ungarn manche Kräfte sich schon spontan aufgeboten haben (landwirtschaftliche Vereine, Buchdruckergewerbe usw.), hat zu einer Beschränkung der intensiven Fürsorge auf jene schwersten Fälle der in ihrer Existenz bedrohten Invaliden grführt, die in neu eingerichteten und noch zu errichtenden Unterrichtsanstalten aufgenommen werden können.

Dr. Wolf-Hanau.

Ueber die Kapitalisierung von Kriegsrenten. Von Oberarzt Dr. P. Horn-Bonn. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 13.

Dem Reichstage soll eine Vorlage über die Kapitalisierung eines Teiles der Kriegsbeschädigtenrente zugehen (ist inzwischen geschehen), in der ihre Festlegung in Heimstätten geplant ist, um einer unzweckmäßigen Verwendung des Abfindungskapitals vorzubeugen. Nach den bisherigen Erfahrungen erscheint die Uebertragung des Abfindungsverfahrens auch auf nervöse Kriegsbeschädigte durchaus am Platze. Ueber die Höhe der Abfindung der Kriegsrenten sind feste Normen aufzustellen; H. empfiehlt den 4—6fachen Betrag der Jahresrente einer Abfindung zugrunde zu legen. Dabei müßte die Abfindung aller Neurosen bis zu 80% an und für sich zulässig und in Grundbesitz festzulegen sein; nur bei Beträgen unter 1000 Mark dürfte auch Bargeldauszahlung in zwei Raten möglich sein. Im übrigen ist gerade bei nervösen Kranken eine ländliche Kolonisierung im gesundheitlichem Interesse empfehlenswert. Besonders kommen hierfür in Frage solche, die vom Lande stammen, oder Neigung und Geschick zu landwirtschaftlichen Arbeiten haben und ihren früheren Beruf aus gesundheitlichen oder anderen Rücksichten nicht wieder aufnehmen dürfen. Auch bei Personen aus dem Mittelstande wird die Möglichkeit, durch Ablösung der Kriegsrente die wirtschaftliche Kraft zu steigern, angenehm empfunden werden. Am schwierigsten liegt die Frage der Abfindung, sozial betrachtet, bei den höheren und akademisch gebildeten Ständen; doch ist auch hier bei nervösen Kriegsbeschädigten vom ärztlichen Standpunkte aus eine Abfindung durchaus erwünscht.

Der Plan, nur einen Teil des Rentenanspruchs zu kapitalisieren, ist bei Nervösen nicht zu empfehlen, dagegen bei solchen, die voraussichtlich dauernde Kriegsschäden behalten, wie bei Gelenkversteifung, stationär gebliebenen peripherischen Nervenlähmungen oder bei Gefahr späterer Verschlimmerung der Verletzungsfolgen. Bei Nervösen liegt nach den Friedenserfahrungen einzig und allein vollkommene Erledigung der gesamten Entschädigungsansprüche sowohl im Staatsinteresse, als vor allem auch im gesundheitlichen und sozialen Interesse der Kranken.

Ueberhaupt nicht für eine Abfindung in Betracht zu ziehen sind Geisteskranke, Manisch-Depressive, Schwachsinnige, Epileptiker, rezidivierende Dämmerzustände hysterischer Natur, Psychosen im engeren Sinne, Kranke mit Morbus Basedowii, völlig erwerbsunfähige Neurotiker. Dagegen ist bei nervös-hysterischen Störungen nach Granatkontusion, bei Schreckneurosen, bei Neurosen

[1]) Siehe auch den von Prof. Dr. Dillinger auf der diesjährigen Tagung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge erstatteten Bericht, S. 301 dieser Nummer.

infolge körperlicher und geistiger Ueberanstrengung, infolge Hitzschlages und sonstiger Unfälle, sofern überhaupt Kriegsbeschädigung mit Erwerbsbeschränkung angenommen werden muß, Abfindung die beste Methode, den schädlichen Folgen eines späteren Rentenkampfes vorzubeugen. Die Gewährung von „fixen" Dauerrenten, wie Klumker vorschlägt, hält Verfasser bei nervösen Kriegsbeschädigten nicht am Platze.

Kriegsbeschädigte mit peripherischen Nervenlähmungen, mit Gelenkveränderungen, Versteifung, Deformierung oder Verkürzung von Extremitäten, sofern sie nicht höher als 60% Erwerbseinbuße erlitten haben und spätere Verschlimmerung auszuschließen ist, sollen ebenfalls bei geeigneten wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnissen abgefunden werden, natürlich erheblich höher als Neurotiker, d. h. mit dem 8—12 fachen Betrag der Jahresrente als Abfindungsbasis. Nicht zur Abfindung eignen sich außer den oben genannten Geisteskranken usw. organische Herzaffektionen, Lungenleiden, schwere Magendarmerkrankungen, Stoffwechselstörungen (besonders Diabetes mellitus), Nierenleiden, ferner Verletzungen der nervösen Zentralorgane bei Schädelschüssen, Schädeldach- und Schädelbasisbrüchen, dann organische Leiden des Zentralnervensystems (multiple Sklerose, Tabes, Syringomyelie, Lues cerebri, progressive Paralyse), ebensowenig Blinde. In allen diesen Fällen kann die Prognose fast niemals sicher gestellt werden und besteht die Gefahr der Verschlimmerung.

Danach ist eine Abfindung angezeigt, wenn 1. ein wichtiges therapeutisches Interesse verliegt, oder wenn 2. eine gewisse Anpassung und Gewöhnung an die Verletzungsfolgen im Laufe der Jahre zu erwarten und eine Verschlimmerung ausgeschlossen ist; beide Male ist vorauszusetzen, daß ein gewisses Maß von Erwerbsfähigkeit noch besteht.

Als Zeitpunkt der Abfindung empfiehlt sich für die reinen Neurosen ein möglichst baldiger Abschluß des Entschädigungsverfahrens nach Kriegsbeendigung, bei den übrigen in Frage kommenden Kriegsbeschädigten eine Zwischenzeit von mindestens einem Jahre vom Erkrankungstag bis zur etwaigen Rentenkapitalisierung.

Die Kapitalabfindung stellt kein Allheilmittel dar und kann nur in einem begrenzten Umfange vorgenommen werden. Die Prüfung der abzufindenden Fälle hat durch Aerztekommissionen zu erfolgen, die Hand in Hand gehen mit der großzügig organisierten Kriegsbeschädigtenfürsorge. Durch Kräftigung der wirtschaftlichen Existenz vieler Kriegsbeschädigten würde auch der Allgemeinheit genutzt werden. Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Dr. Rudolf Abel, Geh. Ober-Med.-Rat und a. o. Professor der Hygiene an der Universität Jena: **Bakteriologisches Taschenbuch.** Neunzehnte Auflage. Würzburg 1916. Verlag von Curt Kabitzsch. Taschenbuchformat. 139 S.; Preis: geb. und durchschossen 2,50 M.

Ungeachtet des Krieges ist die vorhergehende Auflage dieses vorzüglichen Taschenbuches binnen Jahresfrist vergriffen gewesen, der beste Beweis für seine überaus große Verbreitung und Beliebtheit. Auch der neuen Auflage wird diese allseitige und wohlverdiente Anerkennung zuteil werden, denn die in dem Taschenbuch gegebenen technischen Vorschriften zur bakteriologischen Laboratoriumsarbeit haben eine den Forschungen der Wissenschaft entsprechende Umänderung und Ergänzung erfahren, wobei der Verfasser mit Recht an dem bewährten Grundsatz festgehalten hat, von neuen Untersuchungsverfahren nur solche aufzunehmen, die sich bei der Nachprüfung bewährt haben, in den Unterrichtskursen gelehrt werden und keine besonders reich ausgestattete Laboratorien erfordern. Rpd.

Erster Jahresbericht des Königlichen Landes-Gesundheitsamtes über das Medizinal- und Veterinärwesen im Königreich Sachsen für das Jahr 1912. Leipzig 1916. Verlag von F. C. W. Vogel.

Der Bericht bildet die Fortsetzung der früher von dem Königl. Landes-Medizinal-Kollegium erstatteten Jahresberichte, an dessen Stelle jetzt durch

die Verordnung vom 20. Mai 1912 das Landesgesundheitsamt getreten ist. Er bringt zunächst als Einleitung einen interessanten Ueberblick über die Entwicklung dieser Zentralinstanz des sächsischen Gesundheitswesens aus der Feder des Obermedizinalrats Dr. Oppelt, in dem gleichzeitig ihre Aufgaben, ihr Geschäftskreis, ihre Zusammensetzung usw. von dem im Jahre 1710 errichteten Collegium medicum universale an bis zur Jetztzeit geschildert werden und dem die Verordnungen über die Errichtung des Landesgesundheitsamtes beigefügt sind. Im übrigen ist die Einteilung und Bearbeitung des Stoffes, soweit er das Medizinalwesen betrifft, im allgemeinen die gleiche wie in den früheren Jahresberichten des Landesmedizinalkollegiums geblieben. Die ersten Abschnitte behandeln die ärztlichen und pharmazeutischen Organe der Medizinalverwaltung (I), Aerzte und Zahnärzte (II), Apothekenwesen, Arzneimittel, Heil- und Mineralwasserfabriken (III), Hebammen (IV), Zahntechniker, Krankenpflegepersonal und Desinfektoren (V) und Ortsgesundheitsausschüsse (VI). Es folgt dann ein umfangreicher Abschnitt (VII) „Oeffentliche Gesundheitsverhältnisse", in dem nicht bloß die Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse während des Berichtsjahres, sondern auch das Auftreten und die Bekämpfung der einzelnen übertragbaren Krankheiten geschildert werden. Die Fruchtbarkeit weist wiederum einen Rückgang (03 °/oo) auf (von 25,8 °/oo auf 25,5 °/oo), der aber geringer als im Vorjahre (1,2 °/oo) ist; die Sterblichkeit ist dagegen auf 14,3 °/oo, also um 2,2 °/oo gesunken, so daß die Bevölkerungszunahme 11,2 °/oo (1,7 °/oo) mehr als im Vorjahre beträgt. Abgesehen von Keuchhusten und Tuberkulose, die eine geringe Zunahme der Sterblichkeit aufweisen (von 0,9 auf 1,2 °/ooo und von 11,9 auf 12,0 °/ooo) zeigen alle anderen übertragbaren Krankheiten eine Abnahme der Sterblichkeit, die besonders bei Masern (von 0,9 auf 0,5 °/ooo) und Typhus (von 0,2 auf 0,1 °/ooo) recht erheblich ist. Von großen Epidemien ist das Königreich im allgemeinen verschont geblieben.

Die folgenden Abschnitte betreffen Nahrungs- und Genußmittel (VIII) einschließlich Fleischvergiftungen, Fleischverbrauch, der sich gegen das Vorjahr etwas verringert hat (64,83 kg gegen 66,83 im Jahre 1911), Milchversorgung usw., Wasserversorgung (IX), Bau- und Wohnungszulagen (X), bei der die Mitwirkung der Bezirksärzte eine erhebliche Zunahme erfahren hat, Reinhaltung von Boden, Wasser und Luft (XI), Gewerbepolizei (XII) — auch hier ist die Zuziehung der Bezirksärzte eine häufigere gewesen —, Schulhygiene (XIII), Fürsorge für Kranke, Schwache und Gebrechliche (XIV) — besonders eingehend ist hier die Fürsorge für Geisteskranke und Epileptische behandelt —, Bäder (XV), Armenhäuser (XVI), Gefängnisse (XVII), Giftpolizei (XVIII), Begräbniswesen (XIX) — die Zahl der Leichenverbrennungen ist von 2282 auf 2812 gestiegen — und Kurpfuscherei (XX). Daß diese im Königreich Sachsen außerordentlich verbreitet ist, ist ja bekannt; die Zahl der Kurpfuscher hat auch während des Berichtsjahres eine Zunahme erfahren und ist von 1651 auf 1738 gestiegen gegenüber 2205 Aerzten; in den Reg.-Bezirken Bautzen und Chemnitz gibt es überhaupt mehr Kurpfuscher (169 und 315) als Aerzte (148 und 305).

Der zweite Teil des Buches, Veterinärwesen, ist in gleicher Weise abgefaßt; auf seine Einzelheiten einzugehen erübrigt sich. Rpd.

Prof. Dr. B. Salge-Straßburg i. Els.: **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** Siebente verbesserte Auflage. Berlin 1916. Verlag von Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld). 12°, 182 S.; Preis: geb. und durchschossen 4 M.

In der vorliegenden neuen Auflage des bekannten Taschenbuches sind, abgesehen von dem Hinzufügen einiger neuerer Mittel und Methoden, nur wenige Aenderungen des bisherigen Inhalts vorgenommen, da dieser dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft noch völlig entspricht. Das Taschenbuch hat sich in den beteiligten Kreisen gut eingebürgert und wird sicherlich auch in seiner neuen Auflage eine freundliche Aufnahme finden, die es auch mit vollem Recht verdient. Rpd.

Tagesnachrichten.

Der 12. Ausschuß des Reichstages zur Beratung der Gesetzesvorlage zur Reichsversicherungsordnung hat in seiner Sitzung vom 12. d. M. der Vorlage entsprechend die Grenze für die **Bezugsberechtigung der Altersgrenze** einstimmig auf das vollendete **65. Lebensjahr** festgesetzt. Außerdem wurde nach Ablehnung sozialdemokratischer Anträge ein Antrag des Zentrums ebenfalls einstimmig angenommen, wonach für jede Waise 3/20 des Geldbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente des verstorbenen Ernährers gewährt werden soll.

Der Bayerische Obermedizinalausschuß hat in seiner Sitzung vom 27. April 1916 im Hinblick auf die bevorstehende Einführung der **Fleischkarten** über die **Fleischversorgung der Kranken** beraten. Er ist dabei zu dem Beschlusse gelangt, daß eine Erhöhung der nach den Fleischkarten vorgesehenen Fleischmengen für Kranke nicht notwendig ist. Bei diesem Beschlusse wurde in Betracht gezogen, daß auf Grund der Fleischkarte das Fleisch ohne Knochenzuwage abgegeben werden muß und daß ferner nach den bestehenden Vorschriften Knochen zur Herstellung von Suppen zum Preise von 40 Pf. für das Pfund im freien Verkehr abgegeben werden müssen. Eine Erhöhung der nach den Fleischkarten zulässigen Fleischmengen auf Grund ärztlichen Zeugnisses und dergl. erscheint schon deshalb nicht zulässig, weil diese Mengen, die im Interesse einer nachhaltigen Sicherstellung der Volksernährung zulässige äußerste Grenze darstellen. Der Uebergang zu der etwas veränderten Kost wird zwar bei einzelnen empfindlichen Menschen zeitweise Unbequemlichkeiten hervorrufen, auch vorübergehend eine Gewichtsabnahme mit sich bringen, dauernde gesundheitliche Nachteile können daraus aber für Kranke aller Art, insbesondere auch für Zuckerkranke, nicht erwachsen. Nach der Ueberzeugung des Obermedizinalausschusses kann die für manche Zuckerkranke notwendige Eiweißmenge durch Zugabe von Fischen, Eiern, dann von Käse aller Art, insbesondere auch von Topfen erreicht werden. Dabei kann der Käse auch durch Beigabe zu Saucen und Suppen sowie in Form von Aufläufen in eine allen Anforderungen der Verdaulichkeit und Bekömmlichkeit entsprechende Form gebracht werden. Der Obermedizinalausschuß war endlich der Anschauung, daß in ärztlicherseits ausreichend begründeten Bedarfsfällen von den Kommunalverbänden auch durch eine Mehrbewilligung von Milch und Butter allen Bedürfnissen Rechnung getragen werden könne. Das Kgl. Staatsministerium des Innern ist diesem Gutachten des Obermedizinalausschusses beigetreten. Unter diesen Umständen ist der Bevölkerung anzuraten, von der Stellung völlig zweck- und aussichtsloser Eingaben auf Erhöhung der Fleischkarten bei den Behörden abzusehen. (Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 18.)

Der Aerzte-Ausschuß von Groß-Berlin hat sich in seiner letzten Sitzung mit **Nahrungsmittelfragen Groß-Berlins vom ärztlichen Standpunkt aus** beschäftigt. Er hat hierbei folgende Entschließung angenommen: „Der Aerzte-Ausschuß von Groß-Berlin hält im Interesse der Lebensmittelversorgung der ganzen Reichsbevölkerung für notwendig, alle Absperrungsversuche und Ausfuhrverbote einzelner Landesteile, Distrikte und Orte müssen im Interesse einer gleichmäßigen und gerechten Versorgung aufgehoben werden. In diesem Sinne begrüßt der Ausschuß die beabsichtigte Schaffung einer Reichsbehörde für Volksernährung als den ersten hoffnungsvollen Schritt auf dem erstrebten Wege.“ Außerdem hat er beschlossen, eine begründete Eingabe an den Reichskanzler zu richten.

Das im **Königreich Sachsen** durch Urkunde vom 16. März 1871 gestiftete Erinnerungskreuz für freiwillige Krankenpflege hat durch Urkunde vom 31. März 1916 den Namen **Ehrenkreuz für freiwillige Wohlfahrtspflege** erhalten mit der Bestimmung, daß es auch zur Anerkennung verdienstvoller Leistungen auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege im weitesten Sinne verliehen werden kann.

Der vom Bundesrat genehmigte und jetzt von allen Bundesstaaten (in Preußen durch Bekanntmachung des Ministers des Innern vom 6. d. Mts.)

eingeführte neue **Nachtrag zur Deutschen Arzneitaxe 1916** umfaßt Preisänderungen bei 402 Arzneimitteln. Mit ganz geringen Ausnahmen hat er entsprechend der Preissteigerung auf dem Arzneimittelmarkte Preiserhöhungen gebracht, die z. T. recht erheblich sind; auch der Preis für Gläser mit eingeriebenem Glasstöpsel ist erhöht. Dagegen hat eine Erhöhung der Arbeitspreise nicht stattgefunden, obwohl auf dem ganzen Arbeitsmarkte eine solche mit Rücksicht auf die außerordentliche Steigerung des Lebensunterhaltes erfolgt ist.

Die **Enthüllung** des von Touaillon geschaffenen **Denkmals für Robert Koch** auf dem Luisenplatz (Ostseite) in Berlin wird am Sonnabend, den 27. Mai d. J., mittags 12 Uhr, dem Todestage Kochs, stattfinden. Die Gedächtnisrede hat Herr Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Gaffky übernommen; der Vorsitzende des Denkmalkomitees, Ministerialdirektor Professor Dr. Kirchner, wird das Denkmal der Obhut der Stadt übergeben.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Kasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Wolf-Pudewitz (Landkreis Posen).
Oberstabsarzt Dr. Villaret-Demmin (Pommern).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Oberstabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. Flügge, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Rheinland).
Marinestabsarzt d. Res. Dr. Harms, Bezirksarzt in Annaberg i. Sachs.
Truppenarzt Dr. Julius Heilmann und Cand. med. Josef Heilmann, Söhne des Geh. Med.-Rats Dr. Heilmann.
Stabsarzt d. Res. Dr. Heinicke, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz (Königr. Sachsen).

Ferner den Bayerischen Militär-Verdienstorden 4. Kl. mit Schwertern: Stabsarzt d. R. Dr. Pallikan, Polizeiarzt in München.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Feldunterarzt M. Dorenkamp-Godesberg bei Bonn (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. H. Feyerheim-Schneidemühl (Reg.-Bez. Posen).
Cand. med. Friedrich Geßler-Kordeshagen in Pommern.
Feldunterarzt S. Haufe-Ocker im Harz (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. A. Hensel-Hirzenhain (Oberhessen).
Feldunterarzt H. Kurth-Pösneck (Sachsen-Meiningen).
Stabsarzt d. L. Dr. Rich. Mierendorf-Stralsund.
Assistenzarzt d. Res. Dr. O. Neuber-Kiel.
Marineoberstabsarzt z. D. Dr. Siegfried Nuesse-Malchow (Reg.-Bezirk Potsdam) (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. L. Dr. Max Oppenheimer-Hamburg.
Feldarzt Dr. O. Stamm-Sobotka (Kreisarzt im Gouvernement Warschau; infolge von Krankheit gestorben).
Feldunterarzt A. Werner-Reichelsheim (Großherzogtum Hessen).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 26. März bis 22. April 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Trichinose, Rotz, Tollwut, Milzbrand: — (—), — (—), — (—), — (—); Aussatz: — (—), — (—), 1 (—), — (—); Pocken: 22 (1), 12 (2), 19 (5), 6 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 12 (—), 14 (—), 9 (—); Unterleibstyphus: 127 (6), 127 (17), 130 (8), 100 (15); Ruhr: 51 (1), 29 (7), 29 (8), 66 (7); Diphtherie: 2347 (157), 2332 (146), 2406 (175), 1716 (128); Scharlach: 1517 (71), 1559 (72), 1461 (88), 1182 (78); Kindbettfieber: 68 (18), 75 (27), 67 (22), 54 (12); Genickstarre: 31 (15), 14 (13), 28 (8), 22 (11); spinaler Kinderlähmung: 1 (1), 2 (1), 2 (1), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 52, 94, 57, 60; Tuberkulose (gestorben): 922, 929, 918, 822.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 11. Ausgegeben am 5. Juni 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 11.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Professor: dem Privatdozenten Dr. Gudzeni, Assistenzarzt an der Ersten medizinischen Klinik der Charité in Berlin; — als Geheimer Medizinalrat: den Kreisärzten Med.-Räten Dr. Adolf Bräutigam in Königsberg N.-M., Dr. Karl Riehn in Clausthal und Dr. Josef Dybowski in Waldenburg i. Schles.; — als Medizinalrat: dem Kreisarzt und ständigen Hilfsarbeiter bei dem Polizeipräsidium in Berlin Dr. Richard Lemke, den Kreisärzten Dr. Max Kley in Kreuzburg (Oberschles.), Dr. Bernard Jannsen in Neuwied und Oberlandphysikus der Fürstentümer Waldeck und Pyrmont Dr. Eduard Deetz, Medizinalreferent des Landesdirektors in Arolsen; — als Geheimer Sanitätsrat: dem San.-Rat Dr. Hans Laehr in Schweizerhof bei Zehlendorf; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Gustav Demohn, Oberarzt

der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Altscherbitz, Dr. Moritz Muermann, Oberarzt der Provinzialheilanstalt in Aplerbeck, Dr. Max Weinreich in Merseburg; — die Rote Kreuz-Medaille: dem Prof. Dr. Friedländer-Hohe-Mark bei Frankfurt a. M., dem Geh. Med.-Rat Dr. Krau, Kreisarzt in Schweidnitz und dem Med.-Rat Dr. Habermaas-Stuttgart, ärztl. Vorstandsmitglied der Versicherungsanstalt Württemberg.

Ernannt: Privatdozent Prof. Dr. Weiß in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät.

Königreich Bayern.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Held, Landgerichtsarzt in Straubing.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kriegsverdienstkreuz: dem Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Schmorl und Med.-Rat Dr. Gilbert in Dresden, dem Ober-Med.-Rat Dr. Ackermann, Direktor der Landesanstalt Großschweidnitz, Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann, Direktor der Landesanstalt Dösen, dem Bezirksarzt Dr. Tietze in Schwarzenberg, dem Prof. Dr. Weber, Direktor der städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Ober-Med.-Rat Dr. Rank in Friedrichshafen, früher Direktor der Landesheilanstalt Weißenau.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Prof. Dr. Trendelenburg-Innsbruck zum ordentl. Professor und Direktor des physiologischen Instituts in Gießen.

29. Jahrg. | 1916

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 11.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Juni.

Beitrag zur Bekämpfung der Diphtheritis.

Von Med.-Rat Dr. **Lembke**, Kreisarzt in Duisburg.

Auf Veranlassung des Vorstandes des Vereins zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im Ruhrgebiet fand am 24. Februar 1916 eine Besprechung über die Bekämpfung von Scharlach und Diphtheritis statt. Aus dem mir vorliegenden Auszug aus dem Protokoll ersehe ich, daß man dort von der Voraussetzung ausgegangen zu sein scheint, daß es im Industriegebiet der Ruhr an Krankenhäusern mit genügenden Isolierräumen fehlt; wenigstens sprach der Vorsitzende davon, daß „für die Möglichkeit der Isolierung mehr als es zurzeit der Fall sei, Vorsorge zu treffen sei.“ Außerdem sprachen sich mehrere Redner für den Bau besonderer Scharlach- und Diphtheritishäuser aus. Nun trifft aber die Voraussetzung der Nicht-Isolierungsmöglichkeit in einem solchen Maße sicherlich nicht zu. In meinen 3 Kreisen (Duisburg, Hamborn und Dinslaken) haben z. B. sämtliche 18 Krankenhäuser genügend große Isolierstationen oder besondere Isolierhäuser. Nur ganz ausnahmsweise sind die Isolierräume voll oder fast voll belegt, obwohl die Ueberweisung der an

ansteckenden Krankheiten Erkrankten in die Krankenhäuser eine recht gute ist. Die nachstehende Tabelle gibt eine Uebersicht über die in den Krankenhäusern der 3 Kreise isolierten Scharlach- und Diphtheritiskranken während der Zeit, in der ich im Kreise als Kreisarzt tätig bin.

Es wurden in Krankenhäusern isoliert bei:

<table>
<tr><th></th><th colspan="3">Diphtheritis in</th><th colspan="3">Scharlach in</th></tr>
<tr><th></th><th>Duisburg</th><th>Hamborn[1]</th><th>Dinslaken</th><th>Duisburg</th><th>Hamborn[1]</th><th>Dinslaken</th></tr>
<tr><td>1909</td><td>45 %</td><td colspan="2">40 %</td><td>55 %</td><td colspan="2">35 %</td></tr>
<tr><td>1910</td><td>55 %</td><td colspan="2">51 %</td><td>47 %</td><td colspan="2">45 %</td></tr>
<tr><td>1911</td><td>76 %</td><td>70 %</td><td>72 %</td><td>87 %</td><td>88 %</td><td>89 %</td></tr>
<tr><td>1912</td><td>78 %</td><td>75 %</td><td>84 %</td><td>88 %</td><td>82 %</td><td>76 %</td></tr>
<tr><td>1913</td><td>85 %</td><td>71 %</td><td>72 %</td><td>91 %</td><td>65 %</td><td>64 %</td></tr>
<tr><td>1914</td><td>84 %</td><td>88 %</td><td>58 %</td><td>86 %</td><td>89 %</td><td>81 %</td></tr>
<tr><td>1915</td><td>82 %</td><td>88 %</td><td>79 %</td><td>88 %</td><td>85 %</td><td>81 %</td></tr>
</table>

Die Ueberführung in so hoher Zahl von Diphtheritis- und Scharlachkranken in Krankenhäuser muß als ein recht gutes Ergebnis bezeichnet werden, zumal wenn man bedenkt, daß eine zwangsweise Ueberführung doch nur unter gewissen Einschränkungen möglich ist. Ich vermute, daß in den meisten Kreisen des Ruhrgebiets die Verhältnisse nicht viel anders liegen werden: ausreichende Zahl an Krankenhäusern mit Isolierräumen und recht häufige Ueberführung von Diphtheritis- und Scharlachkranken in die Krankenhäuser. Für einen großen Teil des Industriegebiets der Ruhr dürfte daher die Erstellung besonderer Diphtheritis- und Scharlachhäuser wohl kaum in Frage kommen, besonders wenn man bedenkt, welche erheblichen Kosten durch Bau und Betrieb solcher Anstalten für die Gemeinden erwachsen.

Gewundert hat mich dann noch, daß in dieser Versammlung gar nicht auf die Bedeutung der Bazillenträger für die Verbreitung der Diphtheritis hingewiesen und die Ausschaltung dieser Bazillenträger aus dem Verkehr in Erwägung gezogen worden ist. Gerade für die großen Industriestädte mit ihrem intensiven Verkehr, mit dem Durcheinanderwirbeln der Bevölkerung an Arbeitsstätte, Schule und dergleichen scheint mir dieser Weg der Diphtheritisbekämpfung vor allem einzuschlagen zu sein, zum mindesten darf er nicht vernachlässigt werden. Ich habe im Jahre 1914 einen Versuch nach dieser Richtung hin unternommen. Ich wollte durch diesen Versuch, der sich vorläufig nur auf die beiden Kreise Duisburg und Hamborn erstrecken sollte, feststellen, ob es in der Praxis sich durchführen ließe, einmal die Bazillenträger bei jedem einzelnen Krankheitsfalle ausfindig zu machen und anderseits diese Bazillenträger von der Schule fern zu halten.

Der Kreis Duisburg zählt nach der letzten Volkszählung fast 248000 Einwohner, der Kreis Hamborn 110000 Einwohner.

[1]) Hamborn gehörte bis 1911 zum Kreise Dinslaken, seitdem bildet es einen selbständigen Kreis.

Diphtheritiserkrankungen treten in beiden Stadtkreisen beständig auf. Es sind Diphtheritisfälle vorgekommen in:

	Duisburg		Hamborn	
1910	413	mit 18 Todesfällen	201	mit 33 Todesfällen
1911	416	„ 28 „	211	„ 18 „
1912	390	„ 24 „	239	„ 23 „
1913	602	„ 48 „	459	„ 81 „
1914	584	„ 48 „	672	„ 79 „
1915	620	„ 42 „	916	„ 108 „

In beiden Orten verteilten sich im großen und ganzen die Diphtheritiserkrankungen ziemlich gleichmäßig über das ganze Jahr und über die gesamten Stadtgebiete; weder einzelne Schulen noch einzelne Stadtgebiete waren besonders heimgesucht. Von einer eigentlichen Epidemie in einem Stadtteil oder in einer Schule konnte keine Rede sein, jedoch habe ich beobachten können, daß, wenn einmal in einer Schule oder in einer bestimmten Straße eine Diphtheritiserkrankung aufgetreten war, einige Wochen später aus dieser Schule oder dieser Straße ein zweiter und dritter Fall und einige Wochen später wieder einige Einzelfälle zur Anzeige kamen. Auch war mir wiederholt aufgefallen, daß, wenn in einer Familie ein Kind an Diphtheritis erkrankt und ins Krankenhaus überführt war, in dieser Familie bald nach der Rückkehr des genesenen Kindes in das Elternhaus ein anderes Kind von Diphtheritis ergriffen wurde. Ich glaubte hier zunächst an mangelhafte Wohnungsdesinfektion. Allein unsere Wohnungsdesinfektoren sind alte, erprobte, zuverlässige Beamte, die, da sie Tag für Tag Desinfektionen vornehmen, durchaus ihr Gebiet beherrschen; wiederholte, unvermutete Revisionen überzeugten mich außerdem davon, daß sie zuverlässig und richtig arbeiteten. In den Krankenhäusern wurden und werden die Kleider, die die diphtheritiskranken Kinder mitbringen, ebenfalls vorschriftsmäßig desinfiziert; auch baden die genesenen Kinder, bevor sie mit ihren desinfizierten Kleidern aus dem Krankenhaus entlassen werden. Schließlich vermutete ich, daß diese eigentümliche Weiterverbreitung der Diphtheritis darauf zurückzuführen sei, daß Bazillenträger eine Rolle spielen könnten. Es konnten die genesenen Kinder aus den Krankenhäusern zu früh, d. h. während sie noch in ihrer Mund- und Rachenschleimhaut Diphtheriekeime führten, entlassen worden sein; ebenso konnten die in der Wohnung der Eltern behandelten Kinder nach ihrer Genesung noch als Bazillenträger zum Schulunterricht zugelassen worden sein. Schließlich konnten auch gesunde Kinder aus der Umgebung eines diphtheritiskranken Kindes Bazillenträger sein und nach erfolgter Ueberführung der erkrankten Familienmitglieder ins Krankenhaus und erfolgter Schlußdesinfektion als Bazillenträger Ursache weiterer Uebertragungen in Schule, auf der Straße oder Spielplatz sein.

Ich beschloß daher, angeregt durch eine Mitteilung aus Halle a. S. über systematisch durchgeführte Schlußuntersuchungen bei Diphtheritis, in gleicher Weise, wie wir es den

Bazillenträgern bei Typhus gegenüber machen, gegen die Diphtheritisbazillenträger vorzugehen.

Die bakteriologischen Untersuchungen zwangsweise herbeizuführen, dazu fehlte es an der gesetzlichen Unterlage; es konnte daher die Vornahme der Untersuchungen nur dadurch erreicht werden, daß sich die Krankenhausärzte und Privatärzte freiwillig dazu verstanden. Daß die Entnahme von Untersuchungsmaterial bei der großen Zahl Diphtheritiskranker eine große Mehrarbeit für die Aerzte bedeutet, war nicht zu verkennen. In den Krankenhäusern ließen sich die Schlußuntersuchungen noch am leichtesten durchführen; außerdem war hier die Durchführung der Maßnahmen am ehesten zu erwarten, da ja die weitaus meisten diphtheritiskranken Kinder in Krankenhäuser übergeführt werden. Hier entstand nur die große Schwierigkeit, daß, wenn auf Grund mehrfacher Untersuchungen mit positivem Ergebnis der Krankenhausaufenthalt übermäßig verlängert wurde, die Angehörigen der erheblichen Kosten wegen Einspruch gegen den verlängerten Krankenhausaufenthalt erheben würden. Tatsächlich mußten denn auch schließlich solche Bazillenträger aus dem Krankenhause entlassen werden, da die Eltern nicht gezwungen werden konnten, ihre „gesunden Kinder" im Krankenhaus zu belassen. In solchen übrigens recht seltenen Fällen wurden die Eltern auf die Gefahr der Uebertragung aufmerksam gemacht und erhielten Anweisung, ihre Kinder gurgeln und Mundspülungen machen zu lassen. Zur Schule aber wurden diese nicht eher wieder zugelassen, bis der Nachweis des Bazillenfreiseins erbracht worden war.

In der Privatpraxis der Aerzte lag die größere Schwierigkeit der Durchführung; denn einmal sollten die Aerzte bei den Geschwistern des diphtheritiskranken Kindes Schleimhautabstriche machen, das kostet Zeit und Mühe und bedeutet, wenn das kranke Kind in ein Krankenhaus überführt ist, unter Umständen einen oder mehrere Extrabesuche; anderseits wurde die Zahl der Krankenbesuche bei den Schlußuntersuchungen unter Umständen vermehrt. Etwas entlastet wurden die Aerzte, vorwiegend allerdings nur in Duisburg, dadurch, daß sich der Leiter des hiesigen bakteriologischen Instituts, Herr Dr. Springfeld, in liebenswürdigster Weise bereit erklärte, bei den gesunden Geschwistern Diphtheritiskranker in seinem Laboratorium kostenlos Untersuchungsmaterial zu entnehmen (gedacht war auch daran, dies ev. von den Schul- und Armenärzten machen zu lassen). Ohne dieses Entgegenkommen seitens des Leiters des bakteriologischen Instituts wäre wohl die Durchführung in solchem Umfang, wie es geschehen ist, nicht möglich gewesen.

Eine weitere zu überwindende Schwierigkeit erwuchs durch die allzulange Schulausschließung, gegen die sich die Schulbehörden sträubten. Nach § 8 des Gesetzes betreffend Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sind sämtliche Maßnahmen nach erfolgter Schlußdesinfektion aufzuheben; es

erschien daher fraglich, ob bei Diphtheritiserkrankung nach erfolgter Schlußdesinfektion die Bazillenträger vom Schulbesuch ausgeschlossen werden konnten; mit der Wohnungsdesinfektion am Schluß der Erkrankung oder bei Ueberführung ins Krankenhaus aber solange zu warten, bis der Bazillenträger aufgehört hatte, Bazillenträger zu sein, war schon gar nicht angängig. Allein hier half der Ministerialerlaß vom 9. Juli 1907 zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen. Gemäß § 5 dieser Anweisung dürfen gesunde Lehrer und Schüler aus Behausungen, in denen Erkrankungen an Diphtheritis vorgekommen sind, die Schulräume nicht betreten, so weit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit aus diesen Behausungen durch sie zu „befürchten" ist. Gemäß § 6 derselben Anweisung darf weiterhin die Wiederzulassung Diphtheritiskranker zur Schule erst erfolgen, wenn eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nach ärztlicher Bescheinigung nicht mehr zu befürchten ist. Somit war die Zulässigkeit, Bazillenträger vom Schulbesuch auszuschließen, gegeben. Nachdem im Dezember 1913 mit den Dezernenten des Gesundheitswesens in beiden Städten und mit den Schulverwaltungen Rücksprache genommen worden war, und die Gesundheitskommissionen sowie die Schuldeputation in Duisburg sich zustimmend geäußert hatten, wurde an sämtliche Krankenhausärzte und Privatärzte beider Städte ein Rundschreiben geschickt. In diesem Rundschreiben wurde den Aerzten ein Bild über die Verbreitung und die bisherige Bekämpfung der Diphtheritis gegeben, die Bedeutung der Bazillenträger für die Weiterverbreitung der Diphtheritis auseinandergesetzt, das beabsichtigte Vorgehen bzgl. der schulpflichtigen Bazillenträger geschildert und deren beabsichtigte Ausschließung vom Schulbesuch mitgeteilt. Ferner wurden darin die Aerzte gebeten, bei Diphtheritiskranken in der Rekonvaleszenz eine zweimalige Probeentnahme des Rachenschleimes an das bakteriologische Laboratorium in Duisburg zur Untersuchung einzusenden, und ebenso von den gesunden schulpflichtigen Geschwistern. Die Probeentnahme sollte in Zwischenräumen von 2—3 Tagen stattfinden und bei positivem Ausfall fortgesetzt werden, bis die Untersuchung zweimal hintereiander negativ ausfallen würde.

Ebenso waren die Rektoren und Schullehrer von dem Vorgehen unterrichtet und angewiesen worden, Schulkinder nach überstandener Diphtheritis sowie die gesunden, schulpflichtigen Kinder aus einer Familie, von der Diphtheritis gemeldet war, nicht eher wieder zur Schule zulassen, als bis ihnen mitgeteilt worden war, daß das betreffende Kind „schulzulässig" sei. Damit unnötige Schulversäumnisse vermieden würden, wurden die Untersuchungsergebnisse vom Untersuchungsamt dem Kreisarztamt telephonisch mitgeteilt; dieses teilte dann der Gesundheitspolizei ebenfalls telephonisch mit, ob und wann ein Kind wieder „schulzulässig sei. Die Gesundheitspolizei benachrichtigte hierauf gleichfalls auf schnell-

stem Wege Eltern und Schule, daß das betreffende Kind wieder die Schule besuchen könne.

Am 1. Januar 1914 setzte das Vorgehen gegen die Bazillenträger ein. Natürlich ging nicht alles von Anfang an glatt. Einige Aerzte versagten, namentlich war in Hamborn bei einzelnen Aerzten ein grundsätzlicher Widerstand entstanden, der erst langsam und erst nach wiederholter Rücksprache mit ihnen überwunden wurde. Im allgemeinen ging aber die Sache besser, als ich erwartet hatte; schon nach kurzer Zeit hatte sich das Verfahren allgemein eingebürgert. Leider machte der Kriegsausbruch dem Versuche, der ursprünglich zunächst für ein Jahr geplant war, bis zu einem gewissen Grade ein Ende. Nachstehend berichte ich daher nur über die Zeit vom 1. Januar 1914 bis Ende Juli 1914 also über die Zeit von 7 Monaten.

Während dieser Zeit waren in Duisburg 435 Diphtheritiserkrankungen vorgekommen; gestorben waren 16, von denen also Schlußuntersuchungen wegfielen. Von den verbleibenden 419 Diphtheritiskranken waren Schlußuntersuchungen gemacht worden bei 344, also bei 82,1 %.

In Hamborn war das Ergebnis nicht so gut. Es waren hier 339 Diphtheritiserkrankungen vorgekommen; die Zahl der Todesfälle betrug 31. Von den 308 verbleibenden Diphtheritisrekonvaleszenten sind bei 126 Schlußuntersuchungen gemacht worden, also bei 37,6 %.

Die Zahl der Familien, in denen Diphtheritis aufgetreten war und in denen außer dem Kranken noch gesunde, schulpflichtige Kinder vorhanden waren, betrug in Duisburg 168, in Hamborn 120. In Duisburg fand bei 123 Familien eine Durchsuchung der gesunden schulpflichtigen Kinder statt, also bei 73,2 %, in Hamborn bei 76 Familien also nur bei 63,3 %.

Diese Ergebnisse zeigen, daß solche Schlußuntersuchungen bei Diphtheritiskranken und Durchsuchungen der Familien nach Bazillen tragenden Schulkindern praktisch durchgeführt werden können. Die entgegenstehenden Schwierigkeiten lassen sich überwinden.

Was nun die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen selbst betrifft, so ergab sich folgendes:

In Duisburg sind 344 Diphtheritisrekonvaleszenten untersucht und davon bei den Schlußuntersuchungen 221 frei von Bakterien gefunden worden (hiervon hatte eine zweimalige Untersuchung stattgefunden bei 180; bei 41 war nur einmal untersucht worden). Ein positiver Befund wurde bei 123, also bei 35,7 % erhoben.

In Hamborn sind 126 Diphtheritisrekonvaleszenten untersucht und davon bei den Schlußuntersuchungen 94 frei von Bakterien gefunden; hiervon waren 2 mal untersucht worden 47 und nur 1 mal ebenfalls 47. Positiven Befund hatten 32, also 25,4 %. Daß in Hamborn die Zahl der Bazillenträger geringer gefunden wurde, dürfte sich vielleicht daraus erklären, daß hier die Sterblichkeit eine recht erhebliche gewesen und infolge-

dessen eine große Zahl schwerer Diphtheritisfälle nicht zur Schlußuntersuchung gekommen ist.

Diese Bazillenträger (123 in Duisburg und 32 in Hamborn) sind dann weiter untersucht worden. Danach zeigten einen *positiven* Befund bei der

	in Duisburg	in Hamborn
zweiten Untersuchung:	10,	3,
dritten „	3,	1,
vierten „	1,	0,
fünften „	0,	0.

Die *längste Zeit* des Bazillenträgerseins war einmal 16 Tage, einmal 20 Tage und einmal 34 Tage.

Diese Schlußuntersuchungen mit ihren Ergebnissen erweisen die Notwendigkeit solcher Untersuchungen; ohne sie wären sicherlich eine große Zahl von Diphtheritisbazillenträgern zu früh aus den Krankenhäusern entlassen, zu früh wieder zur Schule zugelassen worden und hätten dort sicherlich zu weiteren Infektionen geführt. Anderseits verliert die große Mehrzahl der Diphtheritisrekonvaleszenten doch wieder schon nach kurzer Zeit die Bazillen, so daß eine übermäßige Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes, eine allzulange Ausschließung vom Schulbesuch nicht zu befürchten ist.

Aus *Familien*, in denen Diphtheritis aufgetreten war und in denen noch *gesunde schulpflichtige Kinder* vorhanden waren, ist eine Durchsuchung nach Bazillenträgern in *Duisburg* bei 123 vorgenommen worden. In diesen 123 Familien sind 35 Bazillenträger gefunden worden. In einer Familie waren 2 gesunde schulpflichtige Kinder Bazillenträger und in einer anderen Familie sogar 3 schulpflichtige Kinder Bazillenträger. Aus der Umgebung von 100 Diphtheritiskranken kommen, wenn schulpflichtige gesunde Kinder in der Familie überhaupt vorhanden sind, 29,3 % Bazillenträger.

In *Hamborn* sind in 76 Familien mit schulpflichtigen Kindern Durchsuchungen nach Bazillenträgern vorgenommen. Hier ist sogar bei 39 Schulkindern (d. s. 51,3 %) ein positiver Befund erhoben worden, darunter in 6 Familien je 2 gesunde Kinder mit Bazillen und eine Familie mit 3 Bazillenträgern.

Diese Bazillenträger (35 in Duisburg, 39 in Hamborn) sind dann weiter untersucht worden. Danach zeigten einen *positiven* Befund bei der

	in Duisburg	in Hamborn
zweiten Untersuchung:	10,	9,
dritten „	3,	2,
vierten „	1,	0,
fünften „	0,	0.

Diese Bazillenträger aus der Umgebung eines Diphtheritiskranken bilden naturgemäß eine ungemein günstige Quelle der Weiterverbreitung.

Das Vorgehen bei der Anzeige eines Diphtheritisfalles war *bisher* folgendes: Sowie der Arzt Diphtheritis festgestellt hatte, erfolgte in der Regel noch am gleichen, spätestens am folgenden

Tage, Ueberführung in das Krankenhaus. Unmittelbar nach der Ueberführung wurde die Wohnung desinfiziert und dann durften die gesunden Geschwister die Schule wieder besuchen. Daß bei solchem Verfahren durch die Bazillenträger die Diphtheritis weiterverbreitet wird, daß in einer Großstadt und in den Schulen der Großstädte Diphtheritis immer herrscht, kann nicht Wunder nehmen. Ich halte es daher für unbedingt notwendig, auch die Umgebung von Diphtheritiskranken zu durchsuchen, die Bazillenträger vom Schulbesuch fernzuhalten und mit Anweisungen zu versehen, damit sie möglichst bald aufhören, Bazillenträger zu sein. Die Durchsuchung der Umgebung der Diphtheritiskranken ist praktisch durchführbar; ebenso wird auch die Schulausschließung der Bazillenträger nicht auf Schwierigkeiten stoßen, da auch diese Gruppe der Bazillenträger bald aufhört, Bazillenträger zu sein, zumal wenn Mundspülungen und Rachenspülungen vorgenommen werden, wie wir es in den beiden Kreisen in jedem Falle angeraten haben.

Der Ausbruch des Krieges beendete den Versuch; aber das, was ich durch ihn habe feststellen wollen, ist erreicht worden. Nach dem Kriege hoffe ich, wird das Verfahren gegen die Bazillenträger in vollem Umfange wieder aufgenommen werden. Es wird dies um so leichter sein, als sämtliche Krankenhäuser bis heute hin die Schlußuntersuchungen beibehalten haben.

Inwieweit sind nach dem Angestellten-Versicherungsgesetz die von den Medizinalbeamten als Schreibhilfe beschäftigten Personen nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig?

Vom Herausgeber.

Die Frage der Versicherungspflicht der von den Medizinalbeamten als Schreibhilfe beschäftigten Personen ist, soweit diese nicht als vollbeschäftigte Bürobeamte — also im Hauptamte — angestellt sind und ein entsprechendes Gehalt beziehen, eine strittige. In der Regel kann bei ihnen weder vom Hauptberuf noch von einem Angestellten im Sinne einer höheren oder gehobenen Stellung die Rede sein, sondern es handelt sich meist um eine einige Stunden dauernde Nebentätigkeit, bei der die Betreffenden fast ausschließlich mit Abschreiben, Diktatschreiben, Schreiben auf der Schreibmaschine, Aktenheften, Botengängen und ähnlichen niederen und mechanischen Arbeiten beschäftigt werden. Daß sie in diesem Falle nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig sind, unterliegt keinem Zweifel;[1]) strittig wird dagegen

[1]) In der vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unter dem 20. Juni 1912 herausgegebenen Anleitung, betr. den Kreis der nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte vom 20. Dezember 1911 versicherten Personen heißt es unter Ziffer 14:

die Frage, wenn sie außerdem noch mit dem Ausfüllen von Listen, Formularen mit Vordruck usw. beschäftigt werden. Auch diese Tätigkeit dürfte wohl bisher von den meisten Medizinalbeamten als eine rein mechanische angesehen und deshalb eine Versicherungspflicht für ihre Schreibhilfen nicht anerkannt sein. Der nachstehende Fall zeigt jedoch, daß diese Ansicht eine irrige ist, da das Ausfüllen von Listen nicht als mechanische Arbeit gilt und die Versicherungspflicht auch dann eintritt, wenn diese Tätigkeit nur eine geringfügige ist im Verhältnis zu der sonstigen mechanischen Arbeit.

Der Kreisarzt Dr. Schultz-Schulzenstein in Freienwalde, der mir das erforderliche Material in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat, wurde vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt in Berlin durch Schreiben vom 22. Juli 1915 aufgefordert, den von ihm als Schreiber und Bote beschäftigten B. zur Angestellten-Versicherung anzumelden. Er erhob hiergegen bei dem zuständigen Rentausschuß in Berlin Beschwerde mit folgender Begründung:

B., früher Maschinenschreiber beim hiesigen Landrat, dann eine Zeitlang ohne Stellung, ist von mir als Privatgehilfe zur Verrichtung der sich durch meinen Dienst im Büro ergebenden niederen und mechanischen Dienstleistungen

---

„Büroangestellte, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden. Danach sind die lediglich mit körperlichen Arbeiten, z. B. mit dem Reinigen der Zimmer oder mit Botendiensten beschäftigten Personen, von der Versicherung ausgeschlossen. Aber auch die in einem Büro mit schriftlichen Arbeiten beschäftigten Personen sind nicht sämtlich versicherungspflichtig. Vielmehr sind Personen, die lediglich abschreiben, gleichviel ob mit der Hand oder mit der Maschine, versicherungsfrei. Versichert sind dagegen Expedienten, Registratoren, Kalkulatoren, Kassenbeamte, Gemeindeschreiber, Gemeinderechner, Kirchenrechner, Personen, die in Rechtsanwaltsbüros Schriftsätze anfertigen oder Kostenrechnungen und Buchhalter der Gutsverwaltungen, Stenographen.

Büroangestellte sind nur versicherungspflichtig, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet."

Was unter „Hauptberuf" zu verstehen ist, erläutert Ziffer 10 der Anleitung wie folgt:

„Das Erfordernis, daß die Beschäftigung als Angestellter den Hauptberuf der Beschäftigten bilden müssen, schließt die Anwendung des Gesetzes für vorübergehend Beschäftigte sowie für solche Angestellte aus, die ihre Stellung nur nebenamtlich ansehen (z. B Gewerbetreibende, die nebenbei die Geschäfte eines Gemeindeschreibers, eines Postagenten, des Rendanten einer Darlehnskasse wahrnehmen). Der Hauptberuf bestimmt sich bei mehreren Erwerbstätigkeiten nach dem Verhältnisse der auf sie verwandten Arbeitszeit und des dafür gewährten Entgeldes. Wenn neben einer hierher gehörigen Tätigkeit keine Erwerbstätigkeit ausgeübt, vielmehr der Lebensunterhalt im übrigen aus Vermögen bestritten wird, so bildet sie darum nicht notwendig den Hauptberuf. Es kommt noch darauf an, ob die Beschäftigung, sei es, weil sie die Arbeitskraft hauptsächlich in Anspruch nimmt, sei es, weil sie den Beschäftigten einem bestimmten Gesellschaftskreise zuweist, für die Lebensstellung tatsächlich oder nach seiner Ansicht maßgebend ist; dabei wird auch auf die Höhe und Sicherheit des Arbeitsentgeltes Wert zu legen sein. Werden mehrere Tätigkeiten ausgeübt, deren jede den Beschäftigten zum Angestellten macht, so kommt es darauf an, ob die Gesamtheit dieser Beschäftigungen gegenüber der sonstigen nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit den Hauptberuf bildet."

angenommen und erhält dafür monatlich eine Entschädigung von 50 Mark. Hierfür hat er täglich während einiger Stunden — von 9—12 Uhr vormittags — in meinem Geschäftszimmer Reinschriften der von mir selbst angefertigten Schriftsätze herzustellen, nach meiner Anweisung in jedem Falle Adressen der abgehenden Schriftstücke zu schreiben, die Daten in Vorladungen und zwar auch nur nach meiner jedesmaligen Angabe einzutragen, die eingehenden Schriftstücke, die zu den Akten zu nehmen sind, in die von mir auf jedem Schriftstück vermerkten Akten zu legen, die Akten zu heften und sonstige unselbständige Büroarbeiten, z. B. Arbeiten mit der Kopiermaschine, sowie die erforderlichen Botengänge zu verrichten. Eintragungen in das Bürotagebuch hat er nur unter meiner Anleitung gemacht. Irgendwelche selbständige Arbeiten hat er nicht verrichtet, war dazu auch gar nicht befähigt und vorgebildet. Jede schriftliche Sache, die er nach meinem Entwurf abschrieb, war mir vor Abgang vorzulegen, wurde von mir durchgesehen und unterschrieben. . . . . .

Die ganze Tätigkeit des B. auf meinem Büro ist eine vorübergehende und daher nicht als Hauptberuf anzusehen; dazu ist auch der Umfang der Beschäftigung und des Bürobetriebes zu gering, was schon daraus hervorgeht, daß mir vom Staat nur ein Dienstaufwand von 480 Mark gewährt wird, wofür ich eine im Hauptberuf angestellte Schreibhilfe nicht halten kann, zumal aus diesem Betrage auch alle sonstigen Büroauslagen, Miete und Heizung für das Bürozimmer usw. zu decken sind. B. war übrigens gleichzeitig auch bei dem hiesigen Kreistierarzt als Schreibhilfe tätig.

Ein schriftlicher Vertrag ist von mir mit dem B. nicht abgeschlossen; für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Durch die vorstehenden Ausführungen erscheint mir erwiesen, daß die Voraussetzungen bei der Beschäftigung des B. in meinem Büro für ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis nicht erfüllt sind.

Diese Beschwerde wurde von dem Rentenausschuß der Angestelltenversicherung in Berlin durch Beschluß vom 15. Februar 1916 als unbegründet abgewiesen und der Angestellte B. für versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte mit folgenden Gründen anerkannt:

„Der Angestellte B. war in der Zeit vom 1. Februar 1913 bis zum 25. Juli 1914 in dem Geschäftszimmer des Königl. Kreisarztes Dr. Sch. mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt und gehörte sonach nach Art seiner Tätigkeit zu den Büroangestellten. Als solcher unterlag er nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte der Versicherungspflicht, falls seine Tätigkeit nicht als niedere oder lediglich mechanische Dienstleistung anzusehen war und diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildete.

Zu den mit niederen Büroarbeiten betrauten Büroangestellten gehört er zweifellos nicht, denn hierunter fallen Botendienste, Reinigungs- und Aufräumungsarbeiten, keinesfalls aber Schreibarbeiten. Der Angestellte war zwar auch mit Botengängen zur Post und zu Behörden beschäftigt, aber in so geringem Umfange, daß diese Tätigkeit für die Beurteilung seiner Versicherungspflicht nicht als ausschlaggebend in Betracht kommt. Fraglich könne nur sein, ob er etwa zu den Büroangestellten gerechnet werden müßte, die „mit lediglich mechanischer Dienstleistung" befaßt sind.

„Mechanisch" in diesem Sinne ist nach den von den Spruchorganen der Angestelltenversicherung in ständiger Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen die mit der bei der Beratung des Gesetzes im Reichstag zum Ausdruck gebrachten Auffassung übereinstimmen, nur die Tätigkeit eines Abschreibers, der Wort für Wort nach Vorlage abschreibt. Und auch eine derartige Tätigkeit befreit nur dann von der Versicherungspflicht, wenn der Angestellte ausschließlich damit beschäftigt ist.

Nach den tatsächlichen Feststellungen hatte B. Reinschriften nach Diktat und nach schriftlicher Vorlage anzufertigen, Adressen nach Anweisung des Arbeitgebers zu schreiben, die Daten der Vorladungen nach jedesmaliger Angabe des Arbeitgebers in ein Buch zu schreiben, Eingänge in die vom Arbeit-

geber genau bezeichneten Akten einzulegen und zu heften, Eintragungen in das Brieftagebuch nach Angabe des Arbeitgebers zu machen, Abdrucke mit der Kopiermaschine herzustellen, ferner die angemeldeten Krankheitsfälle aus den Meldungen zu statistischen Zwecken in eine Liste einzutragen und auf Grund von Listen Impfscheine einzuschreiben. Seine Dienstzeit dauerte von 9—12 Uhr vormittags; er erhielt für seine Dienstleistungen ein monatliches Gehalt von 45 Mk., später 50 Mark und außerdem 30 Mark für das Schreiben der Impfscheine. In der Zeit vom 1. April bis 1. Oktober war B. noch bei dem Amtsvorsteher in W. tätig und zwar bei dem Büroführer. Während seiner Beschäftigung beim Königl. Kreisarzt Dr. Sch. wandte er für seinen Lebensunterhalt etwa 800 M. jährlich auf.

Strittig ist nur die Versicherungspflicht während der Beschäftigung beim Königl. Kreisarzt Dr. Sch. Nach dem oben geschilderten Sachverhalt war der Angestellte bei diesem allerdings zweifellos mit einer Reihe mechanischer Tätigkeiten befaßt. Die Eintragung der Krankheitsfälle in eine Liste auf Grund der Anmeldescheine, sowie das Ausschreiben der Impfscheine aus Listen können aber nicht als mechanische Dienstleistungen bezeichnet werden. Es handelt sich hierbei nicht um ein unter Ausschluß der Denktätigkeit stattfindendes Vervielfältigen einer Vorlage ihrem gesamten Umfang und Inhalt nach; vielmehr erforderten diese Arbeiten Aufmerksamkeit und Gewissenhaftigkeit, sie können daher mit einer Abschreibertätigkeit nicht auf eine Stufe gestellt werden. (Beschluß des Oberschiedsgerichts zu P. 11/13; Amtl. Nachrichten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; 1914, S. 102). Der Angestellte war also auch mit nicht mechanischen Dienstleistungen befaßt. Auf den Umfang der nicht mechanischen Dienstleistungen kommt es bei der Beurteilung der Versicherungspflicht nicht an, da das Gesetz nur die mit „lediglich" mechanischen Dienstleistungen beschäftigten Büroangestellten für nicht versicherungspflichtig erklärt. Es kann daher dahingestellt bleiben, inwieweit die übrigen Arbeiten der Angestellten als mechanische Dienstleistungen im Sinne des Gesetzes anzusehen waren. Auch dem weiteren gesetzlichen Erfordernis für die Bestehung der Versicherungspflicht, der Ausübung der Beschäftigung im Hauptberuf ist genügt; denn der Angestellte übte seine Beschäftigung bei dem Königl. Kreisarzt in der Regel von 9—12 Uhr vormittags aus. Daneben war er allerdings in der Zeit vom 14. April bis 30. Sept. 1913 auch noch bei dem Amtsvorsteher in W. beschäftigt, jedoch wurde diese Beschäftigung nur zweimal wöchentlich ausgeübt; sie tritt deshalb so erheblich hinter die Tätigkeit des Angestellten bei dem Königl. Kreisarzt zurück, daß man in dieser letzteren den Hauptberuf des Angestellten erblicken muß. Außerdem bildete das von dem Arbeitgeber bezogene Einkommen von jährlich 600 Mark auch die Grundlage für das Bestehen des Angestellten, der für seine Lebensbedürfnisse etwa 800 Mark jährlich gebraucht hat.

Die Versicherungspflicht des Angestellten bei seiner Tätigkeit bei dem Königl. Kreisarzt Dr. Sch. war daher nach § 1, Abs. 1, Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu bejahen."

Gegen diesen Beschluß legte der Kreisarzt Dr. Sch. unter dem 9. März d. J. Beschwerde beim Schiedsgericht für die Angestelltenversicherung ein mit dem Antrage, den Beschluß des Rentenausschusses aufzuheben bezw. die Sache gemäß § 210 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes an das Oberschiedsgericht abzugeben. Seine Beschwerde begründete er wie folgt:

.... In dem Beschluß des Rentenausschusses wird einerseits anerkannt, daß B. mit einer Reihe von mechanischen Arbeiten befaßt war, dann aber gesagt, daß „die Eintragung der Krankheitsfälle in eine Liste auf Grund der Anmeldescheine" nicht als mechanische Dienstleistung angesehen werden könne. Zum Beweise des Gegenteils dieser Auffassung füge ich ein ausgefülltes Formular über eine Erkrankung und das Formular für die zu machende Eintragung bei. In der Anzeige steht der Ort der Erkrankung; ihre Art ist jedesmal oben unterstrichen. Die ganze Schreib- und Denkarbeit des B. bestand also darin, in die Liste den Ort der Erkrankung einzutragen und in der Spalte für die betreffende Krankheit einen Strich zu machen. Diese

Liste wird mir wöchentlich am Sonnabend mit den betreffenden roten Meldezetteln vorgelegt, von mir kontrolliert und gegebenenfalls berichtigt, sowie eine Abschrift davon mit meiner Unterschrift an den Herrn Regierungspräsidenten eingereicht. Ich vermag mir nicht vorzustellen, wie man bei genauer Kenntnis dieses Sachverhalts in der genannten Tätigkeit des B. etwas anderes als eine mechanische Abschreibearbeit sehen kann. Die Tatsache, daß er statt des Wortes (Scharlach) nur einen Strich zu machen hatte, kann doch seine Denktätigkeit wahrlich nicht auf eine Höhe heben, die die eines ganz gewöhnlichen Abschreibens überragt. Zum Ueberfluß füge ich noch hinzu, daß täglich 1, höchstens 2 solcher Spalten im Formular auszufüllen sind, sehr oft gar keine.

Ganz der gleiche Sachverhalt liegt bei dem Ausschreiben der Impfscheine aus den Listen vor: Aus der Liste ist der Name, das Geburtsdatum und der Tag der Aushändigung des Scheins rein mechanisch abzuschreiben (eigentlich nur Name und Geburtstag, da das andere meist mittels Stempeldrucks gemacht wird). Der Impfschein erhält seine Gültigkeit durch meine Unterschrift und wird von mir im Nachschautermin nachgeprüft; falls ein Verschreiben oder ein Irrtum des B. vorlag (was oft genug vorkam), wird der Impfschein zerrissen und von mir neu geschrieben. Die Tätigkeit des B. erforderte daher auch nicht eine außerordentliche Sorgfalt, da jeder Fehler sich ebenso wie beim Krankheitsverzeichnis sehr bald herausstellte; sie kann deshalb nur als rein mechanische Abschreibetätigkeit bezeichnet werden, die in keiner Weise mehr Aufmerksamkeit und Gewissenhaftigkeit erfordert, als sie bei rein mechanischem Abschreiben in Frage kommt, m. E. sogar noch weniger, weil nicht einmal Aufmerksamkeit auf Satzbau und Interpunktion nötig ist, geschweige denn an Denkfähigkeit irgendwelche Anforderungen gestellt werden.

Der Beschluß des Rentenausschusses nimmt nun Bezug auf den Beschluß des Schiedsgerichts zu P. 11/13; in diesem heißt es jedoch im Absatz 6: „Der weitaus überragende Teil der ihm übertragenen Arbeiten gehöre auch nicht zu den rein mechanischen, da sie immerhin gewisse Anforderungen an eine „selbstständige Denkarbeit“ stellen. Lediglich . . . . . die Abschriften nach schriftlichen Vorlagen erscheinen als Beschäftigungen, die die Versicherungspflicht nicht begründen würde.“ Ich glaube, daß man mir nach Einsicht der beigefügten Formulare ohne weiteres zugestehen muß, daß eine selbständige Denkarbeit und geistige Tätigkeit oder eingehende Kenntnis des Betriebes bei B. sicherlich nicht in Frage kommt. Auch nach den Beratungen der 16. Reichstags-Kommission sind unter Abschreibearbeiten wie sie von jedem gewöhnlichen Schreiber verrichtet zu werden pflegen, als niedere, rein mechanische zu verstehen. Um solche Arbeiten handelt es sich hier aber doch lediglich.

Es ist dann ferner gesagt worden, daß die Führung von Büchern, Berechnung von Unkosten eine eingehende Kenntnis des Betriebes usw., sowie eine selbständige Denkarbeit und geistige Tätigkeit erfordern. Eine Kenntnis des Betriebes kommt aber bei den von B. besorgten Formularabschriften sicher nicht in Betracht. Das rein mechanische Abschreiben aus einer Liste erscheint vielmehr als das Geringste von dem, was man von einem ganz gewöhnlichen Schreiber oder Kanzlisten erwarten muß.

B. war bei mir auch weder als Expedient noch als Registrator, Kalkulator usw. tätig (vergl. Anleitung vom 20. Juni 1912),[1]) sondern nur als mechanischer Abschreiber und Bote. Ich nehme ferner Bezug auf die grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 24. September 1914, in der ebenfalls ausgeführt ist, daß unter mechanischen Dienstleistungen mechanische Kopier- oder Abschreibearbeiten, wie sie von jedem gewöhnlichen Schreiber oder Kanzlisten verrichtet zu werden pflegen, zu verstehen sind. „Vollzug von Ersuchungsschreiben mit Bearbeitung der Karthothek“ gehören aber nicht dahin, weil eine solche Arbeit einen Aufwand von peinlichster Genauigkeit und von Denkvermögen erfordern.“ Arbeiten dieser oder ähnlicher Art kommen aber bei mir gar nicht vor! Die Listen über ansteckende Krankheiten und die Impfscheine füllt wohl jeder Schreiber eines Kreisarztes aus; es müßten deshalb auch alle bei einem Kreisarzt beschäftigten Schreiber

[1]) Siehe vorher Anmerkung auf S. 320 und 321.

versicherungspflichtig werden, wenn sie zufällig einmal keinen anderen Beruf haben, und man das Ausschreiben von Impfscheinen usw. als eine so hohe geistige Leistung bewerten will, wie es der Rentenausschuß tut. Die Sache hat deshalb auch eine grundsätzliche Bedeutung."

In einem nachträglichen Zusatz zu seiner Beschwerde nahm dann der Kreisarzt Dr. Sch. auf den Beschluß des Oberschiedsgerichts in Berlin vom 11. September 1915[1]) Bezug, in dem nicht einmal ein Gehalt von 90 M. monatlich als ein solches für eine „gehobene Stellung" anzusehen sei; um so weniger dürfe die von ihm dem B. gewährte Entschädigung, die in Wirklichkeit jährlich nur 570 M. betragen habe, für eine derartige Stellung sprechen. In diesem Beschluß sei außerdem das Ausschreiben von Rechnungen als eine die Versicherungspflicht nicht bedingende Tätigkeit angenommen, obwohl sie eine Arbeit darstelle, die sehr viel mehr Aufmerksamkeit erfordere, als im vorliegenden Falle das Ausschreiben von Impfscheinen und die Ausfüllung von Listen.

Durch Beschluß des Schiedsgerichts für Angestelltenversicherung in Berlin vom 3. April 1916 wurde diese Beschwerde jedoch abgewiesen und auch der Antrag auf Abgabe an das Oberschiedsgericht abgelehnt, da hierzu die Voraussetzungen des § 210 Abs. 2 des Angestellten-Versicherungs-Gesetzes nicht vorlagen. Der Beschluß wurde wie folgt begründet:

„Die Versicherungspflicht ist begründet, wenn ein Büroangestellter nicht nur ganz vorübergehend, sondern mit einer gewissen Regelmäßigkeit eine nicht mechanische Tätigkeit ausübt, ohne daß es auf den Umfang der letzteren ankommt, auf ihr Verhältnis zu der mechanischen Arbeit (Entscheidungen des Oberschiedsgerichts vom 29. April und 16. Juni 1914; Angestellten-Versicherung 1914, S 212 und 233, vom 18. Juni, 24. September und 28. November 1916; ebenda 1915, S. 187 und 1916, S. 9 und 49).

---

[1]) In dem oben angeführten Beschluß des Oberschiedsgerichts heißt es: Frl. P.s Tätigkeit bei dem Zahnarzt N. hat zum Teil in Diensten niederer Art bestanden. Dazu gehört zweifellos das Staubwischen, das Hereinlassen, Hinausführen und Bedienen der Patienten beim Ablegen der Garderobe, das Bedienen des Fernsprechers, das Säubern der Instrumente, des Instrumenten- und des Arzneischrankes und die üblichen Handreichungen während der ärztlichen Behandlung der Patienten. Nach einer Auskunft der Preußischen Zahnärztekammer vom 28. Dezember 1914 fällt unter die üblichen Dienstleistungen niederer Art auch das Hämmern von Goldfüllungen. Auch diese Leistung bildet nach der Auskunft nicht etwa einen Teil der Behandlung. Sie kann von jeder unvorgebildeten Person ausgeübt werden. Es kommt daher nur noch darauf an, ob Fräulein P. wegen der ihr obliegenden schriftlichen Arbeiten als Angestellte im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu betrachten war. In dieser Richtung steht fest, daß Fräulein P. in das Bestellbuch, das der Arzt meist selbst führte, nach dessen Anweisungen Einträge machte, daß sie Rechnungen ausschrieb, nachdem der Arzt zuvor die Honorarsätze ausgerechnet hatte und daß sie nach Diktat Briefe schrieb. Häufig hatte sie tagelang keine schriftlichen Arbeiten. Anderseits soll sie auch an Sonntagen mit schriftlichen Arbeiten, und zwar auch mit solchen, welche mit der zahnärztlichen Praxis nichts zu tun hatten, beschäftigt gewesen sein. Diese Tätigkeit hat das Oberschiedsgericht nicht als eine Dienstleistung höherer Art bewerten können, da ihr jede selbständige Entschließung und eigene Verantwortlichkeit fehlte. Auch das monatliche Gehalt von 90 Mark spricht nicht für eine gehobene Stellung.

Das Ausfüllen von Formularen und Listen ist eine nicht mechanische Tätigkeit (Entscheidungen des Oberschiedsgerichts vom 18. Juni und 23. November 1915 (s. vorher), sowie vom 3. und 18. Dezember 1915). In der Entscheidung vom 3. Dezember 1915 sagt das Oberschiedsgericht, es habe in zahlreichen Entscheidungen angenommen, daß jede Register- und Listenführung sowie das Ausfüllen von Vordrucke selbst einfacher Art nicht unter dem Begriff der mechanischen Dienstleistungen gebracht werden kann, auch wenn die Zahl der verwendeten Vordrucke klein sei und sich ihre Ausfüllung in gleicher Weise vollziehe.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um die Ausfüllung von Listen und Formularen, denn die Eintragungen des B. in die Krankheitslisten und Impfscheine waren nicht wortgetreue Abschriften der Vorlage. In den Krankheitslisten war anstatt des Namens der in der Anzeige erwähnten Krankheit in der betreffenden Spalte der Liste ein Strich zu machen; wurde die falsche Spalte ausgefüllt, so war das Ergebnis der Liste unrichtig. In dem Impfschein waren Angaben aus der wesentlich anders gearbeiteten Liste zu entnehmen und zum Teil durch andere Worte zu ersetzen.

Der Umstand, daß B. nicht unter eigener Verantwortlichkeit arbeitete, schließt die Versicherungspflicht nicht aus (Entscheidung des Ober-Schiedsgerichts vom 10. Februar 1914; Angestellten-Versicherung 1914, S. 602).

Die Berufung auf die Entscheidung des O.Sch.G. vom 11. September 1915 (Angestellten-Versicherung, 1915, S. 228) trifft nicht zu, denn es handelt sich nicht um die Frage, ob B. Angestellter im Sinne einer höheren oder gehobenen Stellung war."

Leider ist die Sache nicht mehr zur Entscheidung des Oberschiedsgerichts gekommen, das vielleicht doch in bezug auf die Ausfüllung von Impfscheinen usw., um die es sich hier hauptsächlich handelte, zu einer anderen Ansicht gekommen wäre, als der Rentenausschuß und das Schiedsgericht. Jedenfalls werden aber die Medizinalbeamten bis dahin gut tun, die Tätigkeit der von ihnen beschäftigten Schreiber, soweit diese nicht einen anderen versicherungspflichtigen Hauptberuf haben, auf die in dem Schiedsgericht gezogenen Grenzen zu beschränken. Die betreffenden Personen sind dann aber nach § 1226 Abs. 1 Ziffer 1 der Reichsversicherungsordnung (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) als „Gehilfen" versicherungspflichtig.

Verhandlungen des Reichstages über den Haushalt des Reichsamts des Innern, insbesondere des Reichsgesundheitsamtes.

Vom Herausgeber.

Die Beratung über den Haushalt des Reichsamts des Innern und des darin enthaltenen Haushalts für das Reichsgesundheitsamts hat dem Reichstag in den Sitzungen vom 21. und 23. Mai Veranlassung gegeben, sich nicht nur mit einer Reihe sozialpolitischer Fragen, sondern auch mit verschiedenen Fragen aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, wie Geburtenrückgang, Säuglingssterblichkeit, Mutter- und Säuglingsschutz, Reform des Hebammenwesens, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten usw. zu beschäftigen. Die Hauptrolle spielten

dabei ebenso, wie bei den Verhandlungen des Medizinaletats im preußischen Abgeordnetenhause, die Bekämpfung des Geburtenrückganges sowie der Mutter- u. Säuglingschutz. Man kann gerade nicht behaupten, daß die Beratung viel Neues zutage gefördert hätte; ob der vom Reichstag beschlossene besondere Ausschuß zur Vorberatung alle hierher gehörigen Gegenstände in dieser Beziehung zu wirklich praktischen und Erfolg versprechenden Vorschlägen kommen wird, muß die Zukunft lehren. Jedenfalls befinden sich Reichstag und preußischer Landtag im edlen Wettkampf auf diesem Gebiete; hoffentlich trägt dieser dazu bei, daß es nicht wie bisher bloß bei einem solchen mit Worten und theoretischen Erörterungen bleibt, sondern es zu erfolgreichen Taten kommt. Es heißt aber auch hier: „Tue Geld in deinen Beutel“, wenn man auch nicht so weit gehen will, wie der Vertreter der neuen sozialdemokratischen Arbeits-Gemeinschaft, der bei jeder Geburt womöglich ärztlichen Beistand verlangt, während die Hebammen nur Beihilfe leisten sollen, und deshalb alle Entbindungen in heimartig ausgestattete Gebärasyle verlegen möchte.

Die Einzelheiten der Verhandlungen ergeben sich aus dem nachstehenden Auszug des stenographischen Berichts:

Abg. Mumm (Deutsche Fraktion): Ein Kolonisationsvolk ist kinderreich, ein Mietskasernenvolk dagegen aussterbend; die Mietskaserne führt zum Zweikindersystem, die innere Kolonisation zum Zwölfkindersystem. Trotz der großen Kriegsverluste ist das deutsche Volk zurzeit noch dank der Arbeiterversicherung und der Wochenhilfe und der dadurch bedingten steigenden Untersterblichkeit und Abnahme der Säuglingssterblichkeit ein wachsendes Volk; gleichwohl dürfen die nachteiligen Folgen des in den letzten 12 Jahren eingetretenen Geburtensturzes in bezug auf die Erhaltung unserer Wehrkraft nicht unterschätzt werden. Nirgends ist dieser Geburtenrückgang ärger als innerhalb der Beamtenschaft aller Grade; statt Gewährung von Alterszulagen sollte man deshalb an die Gewährung von ausreichenden Kinderzulagen denken. Weiterhin ist die Reichswochenhilfe beizubehalten und für eine Hebung des Hebammenstandes zu sorgen.

Abg. Hitze (Zentr.): Wenn heute auch schon in den arbeitenden Klassen ein Geburtenrückgang zu verzeichnen ist, so ist einer der Hauptgründe dafür der, daß die Kinder, sobald sie flügge werden, das Elternhaus verlassen und den Eltern jede Unterstützung versagen. Die in dem Antrag Bernstein[1] geforderte reichsgesetzliche Regelung des Mutter- und Säuglingsschutzes hält Redner nicht für durchführbar, so sehr sicherlich alle Mitglieder des Hauses volle Sympathie für das Ziel einer ausreichenden Mutter- und Säuglingsfürsorge haben. Die Wöchnerinnenfürsorge ist bereits durch die Reichsversicherungsordnung geregelt und bedarf deshalb keines neuen Gesetzes; die Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen, die Beaufsichtigung der Ziehkinder, die Fürsorge für Kindermilch usw. sind aber Sache der Landesverwaltung, ebenso wie die Verbesserung des Hebammenwesens. Die Frage der Bekämpfung des Geburtenrückganges ist aber mit Rücksicht auf die Zukunft des deutschen Volkes, auf die Erhaltung unserer Wehrkraft und wirtschaftlichen Weltstellung eine so wichtige, daß sich die Bildung einer von seiner Partei vorgeschlagenen besonderen Kommission empfiehlt, die in ähnlicher Weise wie die Wohnungskommission die Aufgabe hat, alle Anträge, Wünsche und

---

[1]) Der Antrag Bernstein (sozialdem. Arb.-Gem.) und Genossen lautet: „Die verbündeten Regierungen zu ersuchen, einen Gesetzentwurf vorzulegen, wodurch Mutter- und Säuglingsschutz sowie die Geburtshilfe allgemein reichsgesetzlich geregelt werden.“

Vorschläge durch sorgfältige Beratung für das Plenum vorzuberaten, um mit wirkungsvollen und möglichst von allen Parteien unterstützten Anträgen an die verbündeten Regierungen herantreten zu können. In dieser Kommission wird man dann den Hebel dort ansetzen, wo die Not am dringendsten ist und sich deshalb auf wenige Anträge beschränken, diese aber vertiefen, mit sorgfältigen Berichten begründen und erläutern.

Abg. **Bassermann** (natl.) begründet zunächst kurz den von seiner Partei gestellten Antrag:

> „Den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, einen Gesetzentwurf dem Reichstag zur Beschlußfassung vorzulegen, durch den die Leistungen der für die Kriegszeit eingerichteten Reichswochenhilfe zu Regelleistungen der Krankenversicherung gemacht werden."

Die von dem Abg. Bernstein geforderte reichsgesetzliche Regelung des Mutter- und Säuglingsschutzes und der Geburtshilfe erkennt Redner an sich als berechtigt an, unter Vorbehalt der von dem Vorredner dagegen erhobenen Bedenken. Ebenso hält er die von dem Zentrum vorgeschlagene Bildung eines besonderen Ausschusses zur Beratung aller Fragen der Bevölkerungspolitik für richtig; besonders dringlich ist in dieser Beziehung die Frage des Geburtenrückganges, die durch den Krieg noch wichtiger als vorher geworden ist. Wenn auch im Kriege die Qualität der Soldaten für die endgültige Entscheidung schwer ins Gewicht fällt, so bilden immerhin die stärkeren Bataillone einen nicht minder wichtigen Faktor für diese Entscheidung; Rußland mit seinem jährlichen Bevölkerungszuwachs von 2 Millionen ist demzufolge eine von Jahr zu Jahr wachsende Gefahr für Deutschland, das eine jährliche Zunahme von nur 7—800 000 Einwohnern aufweist. Eine wichtige Rolle bei dem Geburtenrückgang spielen ferner die Geschlechtskrankheiten; sie sind eine große Gefahr für die Gesundheit der Frauen und damit auch für deren Gebährfähigkeit. Ebenso wirken der stetig wachsende Eintritt der Frauen in das Erwerbsleben und die damit zusammenhängende Eheverminderung nachteilig auf die Geburtenzahl. Eins der wirksamsten Mittel, um dieser verminderten Bevölkerungsvermehrung nicht blos zum Stillstand zu bringen, sondern sie wieder zu heben, ist vor allem die Säuglingsfürsorge, durch die es uns gelingt, die Kindersterblichkeit herabzusetzen, die im Deutschen Reiche noch immer höher ist, als in den nordischen Staaten, in den Niederlanden, selbst in Frankreich. Es ist ausgerechnet, daß sich durch eine wirksame Säuglingspflege 200 000 Säuglinge mehr als bisher am Leben erhalten lassen. Behufs Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten empfiehlt sich besonders eine umfassendere Belehrung der heranwachsenden Jugend, aus der nach den bisherigen Erfahrungen keineswegs die von mancher Seite für die Jugend befürchteten Nachteile erwachsen. Desgleichen muß die schwierige Frage der empfängnisverhütenden Mittel endlich auf gesetzlichem Wege zu einem wirksamen Abschluß gebracht werden. Der Einsetzung eines besonderen Ausschusses zur Regelung aller mit dem Problem der Bevölkerungspolitik zusammenhängenden Fragen stimmt Redner zu und bittet sowohl den von seiner Partei gestellten Antrag, als den Antrag Bernstein dem aus 28 Mitgliedern zu bildenden Ausschuß zu überweisen.

Abg. **Kunert** (Sozialdemokr. Arb.-Gemeinschaft) bemängelt zunächst den geringen Betrag (900 000 M.), der für das Gesundheitsamt in den Haushalt eingestellt sei; jedenfalls habe eine Steigerung der Seuchen während der Kriegszeit infolge der Unterernährung stattgefunden. Er begründet dann den von seinem Parteigenossen Bernstein gestellten Antrag, in dem eine reichsgesetzliche Regelung des Mutter- und Säuglingsschutzes, sowie der einer reformbedürftigen Geburtshilfe, verlangt wird. Der Antrag sei in erster Linie zum Schutz und zur Erhaltung des vorhandenen Lebens gestellt, die Bekämpfung des Geburtenrückganges und die Hebung der Volksvermehrung komme erst in zweiter Linie. Gerade in einer Zeit, die so ungeheure Opfer am Leben der Besten, Jüngsten und Kräftigsten forderte, sei es angezeigt, lebenserhaltend und lebenschützend zu wirken. Eine reichsgesetzliche Regelung wird verlangt, um die Angelegenheit auf eine möglichst breite Grundlage zu stellen.

Mutterschutz ist der beste Säuglingsschutz; er ist deshalb auf alle lohnarbeitenden Frauen und Mädchen auszudehnen, desgleichen auf alle weiblichen Personen, deren Einkommen unter 5000 M. beträgt. Unter diesem Schutz ist nicht nur die obligatorische Gewährung von Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung sowie des Stillgeldes, die freie Gewährung der Hebammendienste, Hilfeleistungen der Haus- und Wochenpflegerinnen sowie der ärztlichen Behandlung zu verstehen, sondern auch der ausreichende Schutz der Arbeiterinnen sowohl in bezug auf die Arbeitszeit — täglich höchstens 8 Stunden und Verbot der Beschäftigung 8 Wochen vor und nach der Entbindung — als in bezug auf die Art der Arbeit — Verbot der Beschäftigung in allen für das weibliche Geschlecht ungeeigneten Betrieben. Eine Reform des Hebammenwesens ist von der Partei des Redners schon in den Jahren 1913 und 1914 gefordert; der von ihr gestellte Antrag auf reichsgesetzliche Regelung des Hebammenwesens ist auch vom Plenum des Reichstages angenommen, eine Entschließung des Bundesrats zu diesem Antrag liegt aber noch immer nicht vor. Die Klagen der Hebammen aus allen Teilen des Reichs beweisen schonungslos, wie wenig befriedigend und verbesserungsbedürftig die Verhältnisse der Hebammen sind. Die zu ihrer Aufbesserung in einzelnen Bundesstaaten bereitgestellten Summen sind Bettelsummen gegenüber den Millionen, die für andere Zwecke z. B. für Gestüte ausgegeben werden. Wir haben jetzt noch 4000 der Mehrzahl nach vermeidbare Totgeburten und 8000 im Wochenbett verstorbene Mütter, von denen der größte Teil durch Kindbettfieber verursacht wird, also vermeidbar ist. Wir haben ferner Jahr für Jahr 35000 sieche Frauen infolge von Erkrankungen im Wochenbett; die Zahl der Hebammen ist aber in vielen Bezirken so gering, daß über 100000 Frauen im Deutschen Reich ohne sachgemäße Hilfe entbunden werden. Nicht weniger schlimm steht es mit der Säuglingssterblichkeit, wenn sie auch in der letzten Zeit zurückgegangen ist und nur noch 15—16% statt früher 30% beträgt. Gerade die Säuglingssterblichkeit läßt sich aber noch sehr stark durch bessere Fürsorge, größeren Mutterschutz herabsetzen; stellt sie sich doch bei den Kindern höherer Beamten nur auf 4% und bei den unteren Beamten auf 14—15%, während sie bei den Kindern gewerblicher Arbeiter auf 18—19% und bei denen ungelernter Arbeiter auf 24—25% steigt. Diese große Säuglingsterblichkeit hat Schmoller mit Recht als Schandmal des deutschen Volkes bezeichnet; sie bildet eine unnatürlich große Vergeudung des edelsten Materials, das wir besitzen. Deshalb muß eine reichsgesetzliche Regelung des Mutterschafts- und Säuglingsschutzes sowie der Geburtshilfe das nächste zu erstrebende Ziel sein. Bei jeder Geburt handelt es sich um Tod und Leben von Mutter und Kind; sie sollte daher auch stets von einem Arzt oder einer Aerztin geleitet werden und die Hebamme nur als Gehilfin dabei tätig sein. Man müßte überhaupt von der Grundanschauung ausgehen, daß die Entbindung aus der Privatwohnung in eine Anstalt verlegt wird, die aber keine Kaserne, sondern ein Heim im besten Sinne des Wortes sein müßte, damit auch der ärmsten Proletarierfrau die gleichen Erleichterungen und die gleiche Pflege in ihrer schweren Zeit zuteil werden könnte, wie der reichen Frau. Die Durchführung dieser Forderung wird allerdings erheblich ins Geld laufen und ihre Kosten nach Milliarden zu berechnen sein, denn auf 1 Million Einwohner würden etwa 1000 Betten erforderlich sein; aber das dafür ausgegebene Geld würde auch die allerhöchsten Zinsen einbringen. Bei einer solchen Anstaltsbehandlung können auch Entbindungen im sogenannten Dämmerzustände vorgenommen und den Frauen die sonst dabei währenden Schmerzen sehr gemildert oder völlig beseitigt werden. Diese Methode hat sich nach den von sachverständiger Seite gemachten Mitteilungen sowohl im Inlande, als im Auslande bewährt. Redner bittet um Auskunft, welche Stellung man im maßgebenden Regierungskreise gegenüber dieser Methode annehme; er kommt dann noch auf die Frage des Stillgeldes zu sprechen und erwähnt dabei einen, nach seiner Ansicht nicht scharf genug zu verurteilenden Fall, wo ein Berliner Arzt einer seit Jahren stark schwindsüchtigen Frau die Fähigkeit, ihr Kind selbst zu stillen, bescheinigt hat. Er wünscht weiter eine Feststellung der Kriegerfrauen, die während des Krieges Stillgeld erhalten und ihre Kinder selbst gestillt haben, sowie eine Beantwortung der Frage, ob

die Zahl der stillenden Mütter zugenommen hat und welche Erfahrungen sonst in dieser Hinsicht gemacht sind.

Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Bumm, Präsident des Reichsgesundheitsamts, bestreitet zunächst mit aller Entschiedenheit die Ansicht des Vorredners, daß im Deutschen Reiche eine Zunahme von Seuchen und Krankheiten während des Krieges erfolgt sei; denn es sei noch nie ein Krieg geführt worden, bei dem die Zivilbevölkerung Deutschlands so wenig von Seuchen und Krankheiten heimgesucht worden ist, wie im gegenwärtigen Weltkampf. Namentlich sind die Pocken, die noch im Jahre 1870/71 162000 Menschen dahingerafft haben, in diesem Kriege nur ganz vereinzelt aufgetreten; auch die Cholera hat sich nur zweimal gezeigt, wobei es sich um Einschleppung aus dem Ausland handelte, von der die inländische Bevölkerung in ganz geringem Maße berührt worden ist. Ebenso ist der Typhus nur in geringem Umfange aufgetreten. Wir dürfen der medizinischen Wissenschaft und unseren Aerzten sowie allen, die bei der Gesundheitspflege im Deutschen Reich mitwirken, wirklich nur von Herzen dankbar sein, daß die gesundheitlichen Verhälinisse in dieser tiefernsten Zeit bis jetzt so befriedigend geblieben sind. (Bravo!) Diphtherie und Scharlach haben ja an einzelnen Stellen zeitweilig eine etwas größere Ausdehnung angenommen; solche örtliche Epidemien sind aber mit dem Kriege nicht im Zusammenhang zu bringen, denn sie kommen auch in Friedenszeiten vor.

Redner betont dann weiter, daß alles getan werden muß, um die noch beklagenswert hohe Kindersterblichkeit herabzumindern; erfreulicher Weise ist es den Bemühungen der beteiligten Kreise bereits gelungen, im Laufe der Jahre in recht anerkennenswerter Weise eine solche Abnahme herbeizuführen. Im Jahre 1901 sind durchschnittlich im Deutschen Reich von 100 Lebendgeborenen noch 20,7 % gestorben, im Jahre 1913 ist dagegen diese Zahl auf 15,1 % gesunken. Die Ziffern aus dem Jahre 1914, 1915, 1916 liegen dem Kaiserlichen Gesundheitsamt noch nicht vor, nach Mitteilungen aus den deutschen Großstädten im letzten Halbjahre scheint sich allerdings eine geringe Steigerung der Säuglingssterblichkeit bemerklich zu machen. Die Sterblichkeit der ehelichen Kinder im ersten Lebensjahr, die im Jahre 1901 noch 19,4 % betragen hat, war im Jahre 1913 auf 14 % gesunken; die Sterblichkeit der unehelichen Kinder im ersten Lebensjahr, die von jeher recht hoch war und noch im Jahre 1901 33 % betragen hat, ist im Jahre 1913 auf 23 % herabgesunken; während also im Jahre 1901 noch ein Drittel dieser Kinder starb, betrug im Jahre 1913 die Sterblichkeit der unehelichen Kinder nur ein Fünftel. Die Zahlen müssen jedoch noch weiter herabgedrückt werden. (Sehr richtig!)

Die Zahl der im Wochenbett sterbenden Frauen (33 von 10000) ist leider in den letzten 10 Jahren eigentlich unverändert geblieben, im Jahre 1906 war sie sogar etwas geringer (30 ‰). Interessant ist aber, daß nach einer Hamburger, in den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1915 auszugsweise veröffentlichten Statistik die Zahl der Frauen, die infolge Kindbettfiebers nach normaler Geburt sterben, im allgemeinen gesunken ist, die Zahl derjenigen dagegen, die an Kindbettfieber nach einer anormalen Entbindung, nach Fehlgeburt sterben, stetig gestiegen ist. Es wird in sachverständigen Kreisen dieses Anwachsen der Sterblichkeit der Frauen infolge Fehlgeburt darauf zurückgeführt, daß bei den Fehlgeburten Hände von Nichtsachverständigen eine Rolle spielen, und daß leider die Zahl derjenigen Frauen steigt, bei denen künstlich und absichtlich die Leibesfrucht beseitigt wird. Es ist deshalb nicht unwahrscheinlich, daß die auffallende Zunahme der Todesfälle nach Kindbettfieber infolge Fehlgeburt zusammenhängt mit den Vorgängen, die die Fehlgeburt herbeigeführt haben. Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß die Sterblichkeit der Frauen nach Kindbettfieber noch mit allen Kräften vermindert werden muß, und daß hier eine Besserung anzustreben sein wird.

Betreffs einer Besserung der Verhältnisse der Hebammen hat schon im Jahre 1913 der Herr Staatssektär des Innern erklärt, daß er einer reichsgesetzlichen Regelung des Hebammenwesens nicht zustimmen könne. Eine Umfrage bei den Bundesregierungen habe ergeben, daß ein Bedürfnis hierfür nicht vorliege und daß sich auch eine reichsgesetzliche Regelung infolge der Verschiedenheit der einschlägigen Verhältnisse in den

einzelnen Bundesstaaten nicht empfehle. Es hat der Herr Reichskanzler daraufhin dem Bundesrat eine Vorlage im April 1914 unterbreitet, die auf Grund einer vorherigen Beratung der ganzen Angelegenheit im Reichsgesundheitsrat vorschlägt, Grundsätze für eine gleichmäßige landesrechtliche Regelung des Hebammenwesens in den einzelnen Bundesstaaten zu vereinbaren. Diese Grundsätze liegen dem Bundesrat im Entwurfe vor; sie beziehen sich auf die Erfordernisse für die Zulassung zur Ausbildung für den Hebammenberuf, auf die Art und Dauer des Hebammenunterrichts, auf die Prüfung, auf Nachprüfungen, Fortbildungslehrgänge, Anmeldung der Berufsausübung, Verbot der standesunwürdigen Anpreisung von Hebammen, auf das Verhalten der Hebammen gegen Behörden und Aerzte, auf die Pflicht der Hebammen zur Hilfeleistung, auf ihre Tagebuchführung und auf das Verhalten der Hebammen bei Todesfällen und gewissen Krankheiten, ferner auf das Verbot unbefugter Behandlung, auf die Entbindungen in Wohnungen der Hebammen, Nebenbeschäftigungen und auf die Beaufsichtigung der Hebammen. Der erwähnte Bundesratsvorlage hat infolge des Kriegsausbruches nicht mehr zur Beratung gebracht werden können und harrt noch ihrer Erledigung.

Redner weist im Anschluß hieran die scharfen Angriffe des Vorredners gegen Preußen sowie dessen Vermutung, daß Preußen der Verbesserung der Hebammenverhältnisse im Wege stehe, als völlig unbegründet zurück; denn gerade der preußische Minister des Innern ist es gewesen, der vor einiger Zeit dem Staatssekretär des Innern erklärt hat, als dieser wegen eines von der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz gewünschten Ammengesetzes eine Anfrage hielt, er befasse sich gegenwärtig mit der Einleitung einer großzügigen, systematischen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und beabsichtige grundlegende Maßnahmen auf allen, nach der gedachten Richtung in Betracht kommenden Gebieten zu ergreifen. Er hat deshalb gebeten, die Frage des Erlasses eines Ammengesetzes noch aufzuschieben, bis die im Gange befindlichen Verhandlungen über weitere Maßregeln zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und Hebung der Geburtenhäufigkeit abgeschlossen sind. Es finden zurzeit fortgesetzt Beratungen über die verschiedensten Materien, die eine Verminderung der Säuglingssterblichkeit und Mehrung der Geburten bezwecken, im preußischen Ministerium des Innern unter Beteiligung der Reichsressorts und von hervorragenden Sachverständigen auf dem besagten Gebiete statt. Die Ergebnisse der Beratungen sollen nach Kriegschluß verwertet werden, um den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit und die Förderung der Bevölkerungszunahme mit verstärkten Kräften aufzunehmen. Die Verhältnisse, die da beraten werden, beziehen sich auch auf die Frage, wie die innere Kolonisation bei der Bevölkerungsmehrung nutzbar gemacht werden kann, wie wirtschaftliche Vergünstigungen verheirateter Personen und kinderreicher Familien sich ermöglichen lassen, wie das Wohnungswesen im Interesse größeren Kinderreichtums der Familien verbessert werden kann, wie sanitäre Maßnahmen gegen Mißstände auf dem Gebiete der Empfängnisverhütung und der Schwangerschaftsverhütung zu ergreifen sind, wie strafrechtliche Einschreitungen gegen Verfehlungen auf diesem Gebiete geschaffen werden können, wie die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sich noch verschärfen läßt, wie eine Verminderung in der Säuglingssterblichkeit und der Wöchnerinnensterblichkeit herbeigeführt werden kann und auf welche Weise schließlich eine wirksame Aufklärung des Volkes über die Bedeutung des Geburtenrückganges und über seine Folgen für die Zukunft der deutschen Nation ausführbar ist. Preußen hat also in diesem Punkte sich tatsächlich mit allem Nachdruck für eine Besserung des gegenwärtigen Zustandes eingesetzt.

Ueber die von dem Vorredner erwähnte empfehlenswerte Methode, den Frauen die Entbindung möglichst schmerzlos zu machen, sind die Sachverständigen noch verschiedener Meinung. Von Reichs wegen oder sonst behördlicherseits in der Anwendung dieser Methode eine Einwirkung auszuüben, etwa gar Aerzte oder Anstalten zu zwingen, das in Frage stehende Verfahren anzuwenden, würde verfehlt sein. Solche Fragen müssen die Wissenschaft wie Praxis selbst lösen und entscheiden, welche Methoden richtig und empfehlenswert und welche verfehlt und verwerflich sind. Das Gute wird sich schon Bahn brechen und zur Geltung bringen.

Nachdem Redner noch kurz die Fortschritte hervorgehoben hat, die die Fürsorge für schwangere Frauen und Wöchnerinnen durch die während des Krieges erfolgte obligatorische Einführung der Wochenhilfe und des Stillgeldes sowie durch deren Ausdehnung auf die unehelichen Mütter gemacht hat, gibt er am Schluß nochmals offen zu, daß auf dem Gebiete der Mutter- und Säuglingsfürsorge weiter gearbeitet werden muß. Es ist ein Gebot der Staatsklugheit, ein Gebot verständiger Sozialpolitik und ein Gebot einfacher Menschlichkeit, die Säuglingssterblichkeit und die Sterblichkeit der Frauen im Wochenbett herunterzudrücken, soweit es nur immer möglich ist. Mit der Tendenz des Antrages, insoweit er Vervollkommnungen auf diesem Gebiete herbeiführen will, erhöhten Schutz für die gebärenden Frauen anstrebt, kann man sich zweifellos einverstanden erklären. In der Kommission wird sich Gelegenheit bieten, alles Einschlägige noch eingehend und gründlich zu erörtern.

Abg. Kuhnert (Soz. Arb.-Gem.) bemerkt, daß zwischen ihm und dem Vorredner in bezug auf die Seuchenfrage ein Mißverständnis vorliege; er habe nicht die Behauptung aufgestellt, daß die Seuchen durch den Krieg so übermäßig zugenommen haben, wie man das in früheren Kriegszeiten beobachten konnte, sondern nur betont, daß zweifellos Seuchen in Heer und Volk vorhanden sind, und gefragt, ob darüber eine Auskunft gegeben werden könne. Unterernährung und Hungersnot fördern jedenfalls die Entwicklung und Ausbreitung aller dieser Krankheiten, auch der Magenkrankheiten usw. aufs äußerste; in diesem Sinne wird man den Boden für eine Zunahme der Seuchen nicht wegleugnen können. Bezüglich der Herabsetzung der Kindersterblichkeit soll man nicht eher ruhen, als bis sie im Durchschnitt so gering ist, wie in den Fürstenhäusern, also 3%. Redner liest dann ein Schreiben der Frauenärztin Dr. Adams-Lehmann in München vor, in dem die Methode des Dämmerschlafs behufs schmerzloser Entbindung als völlig ungefährlich und als einen Segen für die Frauen bezeichnet wird. Ihre Angaben werden durch den Frauenarzt Dr. Anton Heugge-München rückhaltlos bestätigt.

Abg. Fischer-Hannover (Sozialdemokrat) ist ebenfalls der Ansicht, daß auf dem Gebiete des Mutterschutzes und der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit noch recht viel getan werden muß. Die Frauentätigkeit hat während der Kriegszeit einen so gewaltigen Umfang angenommen, daß Tausende und aber Tausende von Frauen in der Schwerindustrie der Beschäftigung nachgehen müssen, wodurch ein verheerender Einfluß auf die Geburten eintreten muß. Deshalb ist es notwendig, schon jetzt Vorkehrungen zu treffen, damit diese unangenehme Erscheinung nicht weiter um sich greift, sondern Verbesserungen auf diesem Gebiete herbeigeführt werden, und die Säuglingssterblichkeit ebenso gering wird wie in Dänemark, England, in den Niederlanden, in Schweden und Norwegen, wo sie im Jahre 1911 bezw. 1912 nur 10,6, 9,5, 8,7, 7,4 und 6,5 betrug. Wir waren in Deutschland und zwar mit Hilfe der Ortskrankenkassen auf dem besten Wege, etwas Ersprießliches zu leisten, aber durch den Krieg sind weitere Fortschritte verhindert worden. Nun hat bei Ausbruch des Krieges die Regierung selbst einsehen müssen, daß auf dem Gebiete des Mutter- und Säuglingsschutzes etwas geschehen müsse, und deshalb durch Bundesratsverordnung vom 4. August 1914 den gesetzlichen Schutz für Frauen und Wöchnerinnen weiter ausgedehnt. Man hat auch eingesehen, daß damit viel Gutes geleistet worden ist, und infolgedessen diese Bundesratsverordnung noch auf die Frauen ausgedehnt, die nicht versicherungspflichtig sind, auf Gewerbetreibende, Kleinbauern usw., eine Einrichtung, die außerordentlich gut zu nennen ist und die auch nach Beendigung des Krieges nicht bloß aufrecht erhalten, sondern sogar noch ausgebaut werden muß. Wir haben alle Ursache, die Wunden, die der Krieg schlägt, dadurch abzuhelfen, daß wir die Säuglingssterblichkeit vermindern; das kann aber nur geschehen, wenn wir den Mutterschutz fördern.

Abg. Dr. Müller-Meiningen (freis. Volksp.) schlägt vor, die einzelnen Anträge der Kommission zu überweisen, um sie dort alle zu prüfen; denn wir sind alle einig, daß die Bekämpfung des Geburtenrückganges eines der wichtigsten Probleme unserer Zeit ist, und daß der Mutterschutz und der Säuglingsschutz die wichtigsten Etappen auf diesem Gebiete sind.

Die wichtigste Frage aber — die vor allen anderen im Zusammenhange

mit dem Kriege steht — ist unzweifelhaft die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wir müssen auch hier alle möglichen positiven Maßnahmen der Behörden unterstützen und vor allem die gesetzliche Basis für ein solches Vorgehen der Behörden schaffen. Es wird unbedingt notwendig sein, daß Beratungsstellen nicht bloß für Prostituierte, sondern auch für Angesteckte errichtet werden. Daß die Fragen sehr schwierig zu lösen sind, beweisen die Verhandlungen der Brüsseler Konferenz, besonders die Verhandlungen über die eventuelle Mitteilung an die Versicherungsanstalten. Das Hauptziel in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aber muß auch für Deutschland sein, die Prostitution von der übrigen Bevölkerung möglichst zu trennen. Dazu gehören nicht bloße Reden, sondern man muß so bald wie möglich zu positiven Maßregeln nicht bloß der Strafgesetzgebung, sondern vor allem auch der medizinischen, hygienischen Verwaltung übergehen.

Redner ersucht deshalb die Reichsregierung, sich zu überlegen, ob nicht in einem Notgesetz eine Aenderung des Strafgesetzbuchs eingeführt werden könnte, daß gerade auf diesem, zu einer akuten Lösung drängenden Gebiete so rasch wie möglich gesetzgeberisch und verwaltungstechnisch die nötigen Schritte getan werden, um die Verseuchung weiter Kreise des deutschen Volkes mit aller Energie zu verhindern.

Bei der in der Sitzung vom 24. Mai erfolgten Abstimmung wurden die Anträge Bassermann (s. S. 328) und Bernstein (s. Anm. auf S. 327) angenommen und dem Antrage Hitze gemäß einem besonderen Ausschuß für Bevölkerungspolitik von 28 Mitgliedern zur weiteren Beratung überwiesen. In derselben Sitzung wurde auch der vom Wohnungsausschuß gefaßte Beschluß betreffend die Förderung von Kleinwohnungen (s. Nr. 8 dieser Zeitschrift, S. 246) angenommen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die ausserordentliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge in Berlin (Reichstagsgebäude) am 7. Februar 1916.

(Ergänzungsheft der Zeitschrift für Krüppelfürsorge; Nr. 1. Leipzig 1916. Verlag von Leopold Voss. 8°, 198 S. Preis: 3,20 M., für Mitglieder der Vereinigung: 2,50 M.)

(Schluß.)

b. Nachmittagssitzung.

7. Die Werkstätte als Heilmittel, Vorbereitung und Ausbildung. Berichterstatter Prof. Dr. **Riedinger:** Um den großen Ausfall von Arbeitskräften nach dem Kriege vorzubeugen, ist nicht nur eine möglichst gute körperliche, sondern auch soziale Heilung der Verwundeten erforderlich; es muß daher nach der ersteren jedem Mann der richtige Platz auf dem Arbeitsmarkt angewiesen werden. Möglichste Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist für alle Geschädigte wertvoller als die Gewährung von Renten; um diese Erwerbsfähigkeit aber ausnutzen zu können, bedarf es auch der Beschaffung von Arbeitsgelegenheit nach dem Maße ihrer Kräfte. Zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit gehört zunächst Uebungsarbeit, die den Zweck hat, den Willen zu stärken sowie durch Anpassung und Kräftigung körperliche Zustände zu bessern. Im Anschluß daran hat die Berufsarbeit in früherer Tätigkeit oder in einer neuaufgenommenen zu erfolgen. Dazu sind Uebungswerkstätten für die verschiedenen Berufe erforderlich, die ausgiebige und dabei verhältnismäßig schmerzlose Bewegungen gestatten und, ärztlich geleitet, den Heilungsprozeß auf das wirksamste unterstützen. Aeltere Leute nehmen ihren bisherigen Beruf lieber wieder auf als jüngere, die durch den Eintritt in einen neuen Beruf eine Besserung ihrer sozialen Lage erhoffen. Die größte Schwierigkeit verursacht die Unterbringung ungelernter Arbeiter, die jedoch durch einfache mechanische Uebungen schließlich zu dauernder und sicherer Beschäftigung geführt werden können. Am

besten vollzieht sich die berufliche Ausbildung sowie die Beschaffung geeigneter Arbeitsmöglichkeit in möglichst enger Fühlung mit der heimischen Industrie und Landwirtschaft; eine befriedigende Lösung von Aufgaben der Ausbildungs- und Arbeitsfürsorge erscheint deshalb nur möglich durch Zusammenschluß aller beteiligten Kreise zu gemeinsamer Arbeit.

Im Anschluß an diesen Vortrag berichtet Dr. **R. Radicke**-Berlin über die Erwerbsmöglichkeiten Schwerverletzter auf Grund seiner im Reservelazarett Görden gemachten Beobachtungen. Auch nach ihm lagen die Verhältnisse für die ungelernten Arbeiter am ungünstigsten, während Kopfarbeiter, Angestellte und landwirtschaftliche Arbeiter am günstigsten stehen. Durch Anlernung der Schwerverletzten in eigene Anlernwerkstätten läßt sich aber auch bei den ungelernten Arbeitern ein besserer Erfolg erzielen; die für ihr Fortkommen unbedingt notwendige innere Sicherheit erhalten alle diese Geschädigten aber erst durch die wiederaufgenommene Arbeitstätigkeit im regelrechten Betriebe. Mit dieser Sicherheit kehrt der Wille zur Arbeit und die Arbeitsfreudigkeit zurück, durch die sie wieder als vollwertige Arbeiter dem bürgerlichen Leben zurückgegeben werden.

Regimentsarzt Dr. **Jos. Pokorny**-Wien, ärztlicher Leiter der Invalidenschule in Wien (s. Bericht über den Vortrag von Prof. Spitzy; Nr. 10 dieser Zeitschrift, S. 301), schildert die Gesichtspunkte, die dort für die Zuteilung der Invaliden zu bestimmten gewerblichen Arbeiten maßgebend sind. Die Invalidenschule wird täglich von 1000—1400 Invaliden besucht, deren Zuteilung nach der Art ihrer Verletzung unter Berücksichtigung ihres Zivilberufs und der heimatlichen Arbeitsverhältnisse erfolgt. Die in den einzelnen Gewerben beschäftigten Invaliden sind dann wiederum in drei Gruppen eingeteilt: in Invalidenschüler, die in dem betreffenden Berufe vollständig ausgebildet werden sollen, sowie in solche, die Arbeitstherapie betreiben oder in solche, die nur beschäftigt werden sollen. Durch die Reichhaltigkeit der verschiedenen Gewerbe in der Invalidenschule ist auch dafür gesorgt, daß ein Invalide auch einen Nebenberuf erlernen kann, wenn er für seinen früheren Beruf nicht mehr vollwertig wird. Zum Schluß warnt Redner vor einer zu zahlreichen Ausbildung in den sogenannten Intelligenzberufen; dadurch würde nur zu leicht ein geistiges Proletariat groß gezogen.

8. Uebungsschulen für Hirnverletzte. Prof. Dr. **Goldstein**-Frankfurt a. M.: Bei den Kopfverletzungen spielen oft der Defekt des Schädels, also der körperliche Defekt, keine oder nur eine geringe Rolle; viel wichtiger ist vielmehr der psychische Defekt, den die Verletzten dabei häufig erleiden. Die außerordentlich große Durchschlagskraft der jetzigen Geschosse läßt diese häufig durch den Schädel und das Gehirn hindurchgehen und ganz verschiedene Zerstörungen erzeugen, als deren Folge dann auch nur umschriebene seelische Ausfälle auftreten, z. B. Störungen der Sprache, des Tastsinns, der Merksicherheit usw., durch die der Betreffende in seinem Berufe wesentlich beeinträchtigt oder zum seelischen Krüppel werden kann. Diese Gefahr läßt sich aber durch eine besondere Uebungsbehandlung beseitigen, die darauf hinzielt, dem Verletzten zum Wiedererwerb der verlorenen Leistungen zu verhelfen. Die Möglichkeit dazu liegt in Fähigkeit des Gehirns, verlorene Leistungen wieder zu erwerben; diese Fähigkeit ist besonders bei jugendlichen Personen und bei möglichster Unversehrtheit des nicht gestörten Gehirns vorhanden, Vorbedingungen, die bei derartigen Kriegsverletzten meist vorhanden sind. Der Verletzte muß wie ein Kind neu lernen; die systematische Unterrichtstherapie muß sich auf eine eingehende psychologische Analyse des Defekts wie der erhaltenen Funktionen und des allgemein psychischen Zustandes sowie auf eine genaue Untersuchung des körperlichen Zustandes der Kranken stützen; deshalb ist zu ihrer Durchführung auch nur der sachkundige, spezialistisch ausgebildete Neurologe berufen. Mit der Behandlung muß frühzeitig, womöglich schon vor Abschluß der chirurgischen Behandlung begonnen und dabei auf das Gesamtbefinden die größte Rücksicht genommen werden. Ein solche Uebungsschule, die am besten in Verbindung mit dem Lazarett steht, sollte in jeder größeren Garnison eingerichtet werden. Die bisher in diesen Uebungsschulen für Hirnverletzte erzielten Erfolge sind durchaus ermutigend; wenn es auch nicht immer gelingt, die Hirnverletzten wieder voll erwerbsfähig zu machen,

so können sie doch dem Gemeinschaftsleben in den meisten Fällen wieder zugeführt werden.

Aussprache.

Dr. phil. u. med. W. Poppelreuter, beim Festungslazarett I in Cöln berichtet über die von ihm eingerichtete Nervenstation für die aus der chirurgischen Behandlung entlassenen Kopfverletzten. Die Station verfügt über 160 Betten und enthält außer den Krankenräumen noch Untersuchungs-, Unterrichts-, Arbeits- und Werkstättenräume. Die berufliche Ausbildung der Kopfschußinvaliden kommt zeitlich erst in zweiter Linie; voran steht die Behandlung der Störungen, von denen nicht nur solche der Sprache, des Lesens, Schreibens und Rechnens, sondern auch die häufig vorkommende allgemeine Herabsetzung des früheren Wissenstandes, die Merkfähigkeitsschwäche, die geistige Trägheit usw. in Betracht kommen. Es sind bei den Uebungsschulen verschiedene Klassen und Ausbildungskurse vorgesehen, denen die Hirnverletzten je nach der Art ihrer Störung zugewiesen werden. Die unterrichtliche Behandlung erfordert eine verhältnismäßig lange Dauer und viel Lehrpersonal (12 Lehrer auf 62 Schüler); Mühe und Kosten werden aber reichlich belohnt durch erfreuliche Erfolge. Ebenso wichtig wie die Unterrichtsschulen sind auch die mit der Station verbundenen Werkstätten für die Behandlung der Hirnverletzten. Im allgemeinen ist bei diesen die Arbeitsfähigkeit viel größer, als es der rein ärztliche Befund erwarten läßt; die stets vorhandene Einbuße der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit bedingt aber stets eine Abnahme der Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt, da der Hirnverletzte meist 3—4mal mehr Zeit zu einer Arbeit braucht als ein Normaler. Diese Abnahme oder Ausschaltung der Konkurrenzfähigkeit ist deshalb besonders bei Abschätzung der Arbeitsfähigkeit zu beachten; gerade die Hirnverletzten verlangen die weitgehendste Berücksichtigung in bezug auf die Arbeitsbedingungen. Die Aufgabe der Versorgung der Hirnverletzten ist daher eine ungemein schwierige; sie erfordert das Zusammenarbeiten von Wissenschaft, Praxis und sozialer Fürsorge.

Prof. Dr. Gutzmann-Zehlendorf hat bis jetzt 200 derartige Kriegsbeschädigte mit Stimm- und Sprachstörungen behandelt. Auf Grund der hierbei gemachten Beobachtungen warnt er im Gegensatz von dem Berichterstatter davor, mit der Behandlung psychischer Störungen möglichst früh zu beginnen; erst nach dem völligen Verschwinden der Ausfalls- und Reizerscheinungen sei mit der Uebungstherapie zu beginnen. Umgekehrt dürfe aber auch nicht zu spät damit begonnen werden. Die Wiederherstellung der Sprache sei nicht so aussichtslos, als vielfach angenommen werde, durch geeignete Uebungsbehandlung kann, unterstützt durch mechanisch-physikalische Einwirkungen, selbst bei anscheinend hoffnungslosen Fällen die Stimme sogar bis zur vollen Felddienstfähigkeit wieder hergestellt worden.

Prof. Dr. König-Marburg ist der Ansicht, daß namentlich bei den leichteren Hirndefekten bessere Erfolge erzielt wurden, wie dies von dem Berichterstatter angenommen wurde. Schwierig sei es, die Zeit zu bestimmen, wenn bei diesen meist noch recht lange labilen Menschen mit einer Beschäftigung begonnen werden kann.

Prof. Dr. Goldstein-Frankfurt a. M. erklärt, daß er unter einer frühzeitigen Behandlung auch erst eine solche verstehe, bei der eine Schädigung der Verletzten durch Ermüdung usw. ausgeschlossen und die sonstigen Folgen der Hirnverletzung völlig abgelaufen sind. Er bestreitet ferner, sich betreffs der Erfolge der Behandlung pessimistisch geäußert zu haben; er sei in dieser Hinsicht vielmehr sehr optimistisch gesinnt und von dem Vorredner wohl nur mißverstanden.

Die Aussprache wird hiermit geschlossen.

Prof. Dr. Fritz Hartmann hat zu dem vorstehenden Gegenstand seine Ansicht in Form einer längeren Abhandlung schriftlich niedergelegt, und an deren Schluß bestimmte Richtlinien für vorläufige Uebungsbehandlung von Gehirnkrüppeln aufgestellt.

10. Das Eisenbahner-Genesungsheim in Wien — ein Beispiel der Standesfürsorge für Kriegsverletzte. Ministerialsekretär Dr. G. Huber-Wien: Eine möglichst individualisierende Behandlung ist am besten auf dem Wege

der Standesfürsorge zu erreichen, wonach die das Massenproblem des Invalidenschutzes durch Auflösung in Standesprobleme förmlich abgebaut und die Nachbehandlung wie Schulung der Verletzten von der Stelle besorgt wird, die auch seine spätere Wiederanstellung durchführen kann. Diesem Zwecke dient in Oesterreich das auf Veranlassung des Eisenbahnministers errichtete Genesungsheim für kriegsverletzte Eisenbahner, dessen Einrichtung und Betrieb vom Redner geschildert werden. Bis 1. Januar 1916 sind hier 211 verletzte Eisenbahner aufgenommen und behandelt, davon sind bis jetzt 136 als geheilt und dienstfähig entlassen, und zwar 117 zur Verwendung in ihrem bisherigen und zwar nur 19 = 7 % zur Verwendung in einem anderen Dienst; als solcher eignete sich besonders der Stations- und Werkstättendienst. Durch Einsetzung eigener Fürsorgebeamten bei den Staatsbahn- und Privatbahnverwaltungen ist dafür gesorgt, daß möglichst alle kriegsverletzten Eisenbahner wieder in den Bahndienst gestellt werden. Ohne den Wert aller sonstigen Fürsorgeeinrichtungen schmälern zu wollen, ist Redner doch der Ansicht, daß eine Dezentralisation des Invalidenschutzes durch die Standesfürsorge nur befürwortet werden kann; in Deutschland würde sie sich auch in Verbindung mit der staatlichen Unfallversicherung leicht durchführen lassen. Die Stimmen für eine derartige Dezentralisation haben sich auch immer stärker vermehrt; denn den Kriegsbeschädigten wird dadurch am besten ein einkömmlicher Erwerb sorgenloser Arbeit und Beschäftigung gesichert.

11. Die Handübungsklasse als Teil der Erwerbsschule. Erziehungsdirektor **Hans Würtz**-Zehlendorf: Die Handübungschulen, die in erster Linie orthopädischen Zwecken dienen und daher eine beständige ärztliche Aufsicht fordern, sind eines der lehrreichsten Eigengebilde auf dem Gebiete der Kriegskrüppelfürsorge; denn hier wirken Orthopädie, Psychologie, Ethik und Pädagogik einheitlich zusammen. Bei ihr muß die Eigenart jedes einzelnen Kriegsbeschädigten verständnisvoll erfaßt, auch müssen die ersten Versuche der Uebenden mit besonderer Nachsicht bewertet werden; Ungeduld und Uebereiltheit können alle Erfolge in Frage stellen. Jedes „Ich kann nicht" muß der taktvolle Erzieher in ein freudiges „Ich will" zu verwandeln suchen; es geschieht dies am besten durch möglichste Berücksichtigung aller etwaigen besonderen Neigungen und Interessen der Handkrüppel, durch vielseitige Abwechselung auch bei einfacheren Arbeiten, durch Verwendung der besten Mittel bei den Uebungen, Pflege der guten Volks- und Heimatkunst, sowie durch eine geschickte und den vorhandenen körperlichen Bedingungen angepaßte Reihenfolge der einzelnen Uebungen.

12. Das Streben nach Qualität und nach Geschmack bei den Berufsübungen Kriegsbeschädigter und der Lazarettbeschäftigung. Prof. Dr. **Hugo Eberhardt,** Architekt in Offenbach a. M.: Im Großherzogtum Hessen ist man bemüht gewesen, zwischen der Lazarettbeschäftigung Verwundeter wie Erkrankter und der Berufsübung Kriegsbeschädigter zu einer reinlichen, aber unbedingt notwendigen Scheidung zu gelangen. Die „Lazarettbeschäftigung" soll eine solide Liebhaberkunst sein, die namentlich die Herstellung geschmackvoller Gegenstände zum Ziele hat und bei der Schönheitssinn, Heimat und Volkskunst volle Berücksichtigung finden. Schlechte Vorlagen sind daher auszuschalten. Die im Lazarett erlernte Kunstfertigkeit muß nicht nur die Arbeit so freudig als möglich gestalten, sondern zur Linderung unseres Geschmackes beitragen und die künstlerische Entwicklung unseres Volkes im geistigen Sinne beeinflussen. Auch bei der späteren Erwerbsausbildung ist auf Geschmack und Qualität zu sehen; besonders ist das Zeichnen zu fördern, weil es nicht nur die Hand übt, sondern auch das richtige Sehen und Beobachten lehrt, das die Betreffenden befähigt, rasch und sicher das Charakteristische und Wesentliche zu erkennen. Ein auf diesen Grundsätzen geleitetes Berufsübungslazarett wird die Kriegsbeschädigten ihrem Beruf als brauchbare Arbeiter wiedergeben, die das Gefühl für gewissenhafte Arbeit, gutes Material und Farbenwahl, sowie einen durch Zeichnen und Musteranfertigen geschulten Sinn für zweckmäßige und geschmackvolle Formen aufweisen. Sie werden sich dann als freie Männer fühlen, die nach erfüllter Pflicht in des Königs Rock auch im Arbeitskittel ihren gestellten wirtschaftlichen Arbeiten wieder voll gerecht werden können.

13. Der Einhänder in der Schule, insbesondere das Schreiben mit der linken Hand. Zeichenlehrer **Karl Schlosser**-Halle a. S.: Die Schönheit der Schrift hängt ab von der Gleichmäßigkeit der Muskelbewegungen und zwar nicht nur der Hand- und Fingermuskeln, sondern auch von den Unterarmmuskeln. Bei dem einarmigen Linkshänder müssen die Muskeln so umgebildet und geübt werden, daß ihm die feinen Schreibbewegungen leicht und sicher möglich sind, was durch Grund- und Reihenübungen durchaus möglich ist. Je länger diese Uebungen durchgeführt werden, desto besser ist ihr Erfolg; 40 Unterrichtstunden genügen im allgemeinen, vorausgesetzt, daß der Unterricht nicht durch häufiges Neueintreten und Wegbleiben der Leute beeinträchtigt wird. Das für den Rechtshänder übliche Schreibgerät eignet sich auch für den Linkshänder; als Federhalter hat sich am besten ein einfacher mittelstarker Korkhalter bewährt. Seine Forderungen faßt Redner in folgenden Sätzen zusammen:

„1. Zusammenfassen aller Einhänder eines größeren Bezirks zu einer Schule.
2. Als besonderes Unterrichtsfach: Handfertigkeit, d. h. die planmäßige Durchbildung der Arm- und Handmuskulatur.
3. Durchführung fester, geschlossener Kreise ohne Wechsel.
4. Alle Unterrichtsarbeit muß im Dienste praktischer Berufsverordnung stehen."

14. Ueber die Bedeutung einarmiger Lehrmeister in der Einarmigenschule. Prof. Dr. **Koepert**-Dresden: Aufgabe der Einarmigenschule ist, den Kriegsverletzten zu zeigen, daß sie auch als Einarmige imstande sind, zu arbeiten und sich ihr Brot zu verdienen, gleichgültig, ob sie Rechts- oder Linkshänder sind, denn auch der Linkshänder holt den Vorsprung, den der Rechtshänder ursprünglich vor ihm hat, bei der Ausbildung sehr bald ein. Ob besondere Einarmigenschulen, wie sie bereits in verschiedenen Orten (Heidelberg, Dresden, Hamburg, Nürnberg, Halle a. S. usw.) eingerichtet sind, zweckmäßig sei, ist eine strittige Frage; jedenfalls muß ihr Ziel sein: die möglichst vollkommene Ausbildung und Kräftigung der verbliebenen Hand wie die möglichste Erziehung zur Selbständigkeit des Einarmigen. Gerade in bezug auf den letzten Punkt ist der einarmige Lehrer von nicht zu unterschätzender Bedeutung; vorausgesetzt, daß er durch eiserne Willenskraft wieder volle Arbeitsfähigkeit erlangt hat, seinen Platz voll ausfüllt und infolgedessen aus gewisser Lebenserfahrung dem jungen Kriegsbeschädigten gute Ratschläge aus eigener Erfahrung erteilen kann. Solche Männer sind im Deutschen Reiche reichlich vorhanden. Namentlich ist der einarmige Lehrer für den Werkstättenunterricht geeignet; als treuer Freund der Einarmigen bei dieser Arbeit hat sich besonders der Schraubstock bewährt, dessen Wert durch Ausführung verschiedener Arbeiten durch einen einarmigen Lehrer sichtbar gemacht wird.

Aussprache zu den Vorträgen Nr. 9—13.

San.-Rat Dr. Schanz-Dresden: Man darf die Arbeitsfähigkeit der Einarmigen nicht überschätzen; in der Landwirtschaft werden sie voraussichtlich dauernd lohnende Arbeit finden, in der Industrie laufen sie dagegen Gefahr, ihre Arbeitsplätze zu verlieren, wenn genügend gesunde Arbeiter vorhanden sind. Sie eignen sich hier besonders zur Bedienung von Spezialarbeitsmaschinen. Die Einarmigenfürsorge muß sich deshalb mit der Industrie in Verbindung setzen, damit hier die für Einarmige geeignete Arbeiten diesen auch vorbehalten bleiben.

Dr. J. Freiherr von Künßberg-Heidelberg warnt ebenfalls vor einer Ueberschätzung der Arbeitsfähigkeit der Einarmigen; denn es gibt viele Arbeiten, die ein Einarmiger auch mit Zuhilfenahme eines Kunstarmes nicht ausführen kann. Er betont dann weiterhin die Unrichtigkeit der in weiten Kreisen bestehenden Ansicht, daß ein Linkser dem Rechtser nahestehe; dieses durchaus falsche Vorurteil müsse aufs Schärfste bekämpft werden, da es eine Schädigung der Linkser auf dem Arbeitsmarkt bedinge.

Mittelschullehrer A. Buchholz-Posen weist auf die Vorteile des rhythmischen Taktschreibens hin, das er gleichsam militärisch nach Befehl (Zählen) ausführen läßt; nach seinen Erfahrungen belebt es den Unterricht, beseitigt schnell die Unsicherheit und das anfängliche Zittern der linken Hand und ermöglicht eine geläufige sichere und flotte Handschrift.

14. Die Bedeutung der Fortbildungs- und Fachschulen für die Kriegsbeschädigtenfürsorge. Reg.- und Gewerbeschulrat Prof. Dipl.-Ing. **Boehm**-Potsdam faßt seine Ausführungen dahin zusammen, daß für die Kriegsbeschädigten Gelegenheit zu fachlichem Wissen und Können geboten werden muß. Infolgedessen sind zur Unterrichtserteilung die bestehenden Fach- und Fortbildungsschulen nach Möglichkeit nutzbar zu machen und deren Lehrer in weitestgehendem Maße zur Mitwirkung bei der Beschulung Kriegsbeschädigter heranzuziehen.

15. Ausbildung der vom Lande stammenden Kriegskrüppel in der Landwirtschaft. Berichterstatter Landesökonomierat **Maier-Bode**-Nürnberg: Die Aufgabe der Krüppel muß es sein, jede Abwendung vom Lande durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. Deshalb sind die Kriegsbeschädigten schon während der Lazarettbehandlung über die Vorzüge des Landaufenthaltes und der ländlichen Beschäftigungsmöglichkeit im Gegensatz zu dem Aufenthalt in den Städten zu belehren und durch fachliche Berufsberater (Lehrer an den landwirtschaftlichen Lehranstalten) aufzuklären. Zu ihrer Ausbildung sind landwirtschaftliche Invalidenschulen nach Art der landwirtschaftlichen Winter- und Ackerbauschulen einzurichten, in denen neben dem theoretischen Unterricht auch Gelegenheit zu praktischer landwirtschaftlicher Betätigung gegeben ist. Die in dieser Weise ausgebildeten ländlichen Kriegsbeschädigten sollten in ihrem Wunsche nach eigenem Besitztum mit allen nur möglichen Mitteln unterstützt werden; es sei deshalb auch Pflicht der Landwirte, bei der Seßhaftmachung der Invaliden auf dem Lande tatkräftig mitzuwirken und sie nach besten Kräften zu fördern.

16. Die geeignetsten Ausbildungsverfahren für die verschiedenen Erwerbsmöglichkeiten der einzelnen Verletzungen. Kommerzienrat **Krais**-Stuttgart spricht über die Erwerbsmöglichkeiten bei den typischen Verletzungen; bei ihrer Auswahl für den Einzelnen bedarf es sorgfältiger Erwägungen und eines Eindringens in die kleinsten Einzelheiten der Arbeitsweisen. Deshalb ist ein wirklicher Erfolg nur bei einmütiger Zusammenarbeit berufener Vertreter der gesamten deutschen Industrie zu erwarten. Redner nimmt auf ein von ihm verfaßtes, in Kürze erscheinendes Handbuch: „Die Verwendungsmöglichkeiten der Kriegsbeschädigten in der Industrie, im Gewerbe, Handwerk, Landwirtschaft und in den Staatsbetrieben" Bezug, das die umfassendste Uebersicht über alle Arbeits- und Verwendungsmöglichkeiten gibt. Danach stehen ihnen Millionen von derartigen Gelegenheiten offen, so daß ein jeder Kriegsverletzter die frohe Zuversicht haben kann, eine für ihn geeignete lohnende Arbeit zu finden.

17. Lazarett, Erwerbsschule und Berufsberatung als organisches Ganze. Inspektor **Möhring**-Nürnberg.

Vor allem gilt es, das Vertrauen der Kriegsverletzten durch richtige Beratung zu gewinnen. Bei dieser Berufsberatung sollten nicht bloß Arbeitgeber, sondern auch Arbeitnehmer vertreten sein, damit der Invalide nicht einseitig über die für ihn in Betracht kommenden Verhältnisse aufgeklärt wird. Sein gebrochenes Selbstvertrauen muß wieder entfacht und gekräftigt werden, was am besten dadurch geschieht, daß in den Beschäftigungskursen auf seine persönliche Neigung eingegangen wird. Diese Ausbildung kann nur in Erwerbsschulen stattfinden; Lazarett, Erwerbsschule und Berufsberatung müssen aber ein organisches Ganze bilden, da sie nur dann die gefundene Berufsneigung so gestalten kann, daß die wirtschaftliche Zukunft des Kriegsverletzten gesichert ist.

Aussprache.

Stabsarzt Dr. **Christian**-Berlin: Der Berufsberater muß nicht nur einen genauen Ueberblick über die wirtschaftlichen Aussichten der verschiedenen Berufe, sondern auch ein Urteil über die Berufseignung des Verletzten besitzen. Als Grundlage seiner Tätigkeit haben die Erfahrungen der Arbeitspsychologen (Rubner, Taylor usw.) zu dienen. Die Ermüdbarkeit, Eigenart des Gedächtnisses, Geistesgegenwart, Aufmerksamkeit und Kombinationskraft usw. des einzelnen Kriegsbeschädigten sind bei der Auswahl eines für ihn geeigneten Berufes umsichtig in Betracht zu ziehen. Alle diese Fragen bedürfen noch einer wissenschaftlichen Klärung, die möglichst rasch

erfolgen sollte, da ihre Ergebnisse sowohl für Arbeitnehmer und Arbeitgeber als für unsere ganze Volkswirtschaft von großer Bedeutung sind.

Schluß der Sitzung Nachmittags 4 Uhr.

Der Vorsitzende dankt allen Vortragenden und sonstigen Rednern für ihre Mitwirkung sowie allen Teilnehmern für ihr Aushalten bis zum Schluß; er schließt dann die Sitzung mit dem Wunsche, daß die Verhandlungen der Kriegsinvalidenfürsorge zum Nutzen und den Kriegsbeschädigten zum Segen gereichen mögen. Rpd.

Besprechungen.

Prof. Dr. Erich Harnack, Geh. Med.-Rat in Halle a. S.: **Die gerichtliche Medizin mit Einschluss der gerichtlichen Psychiatrie und der gerichtlichen Beurteilung von Versicherungs- und Unfallsachen.** Für Mediziner und Juristen. In Gemeinschaft mit Prof. Dr. Haasler und Prof. Dr. E. Siefert, Privatdozenten in Halle a. S. Leipzig 1914. Verlag der Akademischen Verlagsgesellschaft m. b. H. 8°; 448 S. Preis: 12 M., geb. 13,50 M.

Der inzwischen leider verstorbene Verfasser ist bei Herausgabe des vorliegenden Buches von dem Wunsche geleitet gewesen, es so zu gestalten, daß es sowohl von Medizinern, als von Juristen benutzt werden konnte, von den ersteren namentlich zur Einführung in den gesamten Stoff und zur Unterrichtung über die einschlägigen juristischen Fragen, von den letzteren zu ihrer Unterweisung in gerichtlich-medizinischen Dingen. Er hat dabei das Ziel verfolgt, das gegenseitige Verständnis, das oft keineswegs leichte, aber namentlich für die Rechtsprechung und damit auch für das allgemeine Wohl so unbedingt notwendige Zusammenarbeiten beider Teile zu fördern und zu erleichtern. Verfasser hat es deshalb auch vermieden, allzusehr in die medizinischen Einzelheiten zu gehen, desgleichen sind die medizinischen Kunstausdrücke möglichst durch gemeinverständliche Bezeichnungen ersetzt oder erläutert. Die Darstellung ist knapp gehalten, die Kasuistik unberücksichtigt gelassen und durchweg nur das Wichtigste hervorgehoben, um den Umfang des Werkes nicht über eine gewisse Grenze auszudehnen. Es hat deshalb mehr den Charakter eines Kompendiums als den eines ausführlichen Lehr- und Handbuches, und eignet sich gerade in dieser Form für den Zweck, für den es Verfasser geschrieben hat; denn es genügt trotzdem völlig, um einerseits den Arzt in das Studium der gerichtlichen Medizin einzuführen und anderseits dem Juristen einen ausreichenden und für ihn auch verständlichen Ueberblick über diese zu geben.

Nur der erste, aber hauptsächlichste Teil des Buches, die eigentliche gerichtliche Medizin, ist vom Verfasser in fünf Abschnitten: I. Begattungs- und Zeugungsfähigkeit, II. gesetzwidrige Befriedigung des Geschlechtstriebes, III. fragliche Schwangerschaft und Geburt, IV. die gewaltsamen Gesundheitsbeschädigungen und der gewaltsame Tod (durch Verletzungen, Erstickungen und durch Druck auf den Hals, durch Verbrennen, Verbrühen und Elektrizität, durch Erfrieren, Verhungern, Vergiftung und psychische Insulte), Kindesmord und Selbstmord sowie V. Zeichen des Todes, Leichenveränderungen und Identifizierung von Leichen und Lebenden bearbeitet; während Abschnitt VI: Gerichtliche Beurteilung von öffentlichen Versicherungs- und Unfallsachen (die sozialen Gesetze: Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Alters- und Angestellten-Versicherung) von Prof. Dr. Haasler, und Abschnitt VII: Gerichtliche Psychiatrie und Dispositionsfähigkeit (die klinischen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie und ihre rechtlichen Grundlagen nach Strafrecht und bürgerlichem Recht) von Prof. Dr. E. Siefert unter Berücksichtigung der für den ersten Teil maßgebenden Gesichtspunkten verfaßt sind.

Hoffentlich findet das Buch in den beteiligten Kreisen die freundliche Aufnahme und weite Verbreitung, die es verdient, namentlich unter den Aerzten, für deren Gebrauch es sich mit Rücksicht auf seinen Inhalt doch in erster Linie eignet. Aber auch den Juristen wird ein eingehendes Studium des Werkes von Nutzen sein und den Wünschen des Verfassers gemäß wesentlich dazu beitragen, daß sich ihr Zusammenwirken mit dem Mediziner auf diesem so wichtigen Gebiete immer verständnisvoller für die gegenseitigen Aufgaben und damit auch segensreicher für die Allgemeinheit gestaltet. Rpd.

Dr. C. Kaufmann, Dozent an der Universität Zürich: **Handbuch der Unfallmedizin.** III. neubearbeitete Auflage des Handbuchs der Unfallmedizin. Band II: Unfallerkrankungen und Unfalltodesfälle. Stuttgart 1915. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 613 S. Preis: geh. 18,40 M., gebd. 20 M.

Während im ersten, bereits im Jahre 1907 erschienenen Bande außer dem allgemeinen Teil die Unfallverletzungen behandelt sind, ist der jetzt vorliegende zweite Band den Unfallerkrankungen und Unfalltodesfällen gewidmet. Die Besprechung der Unfallerkrankungen nimmt den größten Teil des Bandes ein. Sie beginnt mit einer Abhandlung über die Voraussetzungen der Entschädigungen im allgemeinen und geht dann zur Erörterung der einzelnen Erkrankungen, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung oder Verschlimmerung durch Unfall über. Akute Infektionskrankheiten, tierische Infektionskrankheiten, Osteomyelitis und Gelenkrheumatismus, tuberkulöse Erkrankungen, Beziehung der Syphilis zu Unfällen, gewerbliche Vergiftungen, Stoffwechsel-, Blut- und Lymphkrankheiten, Geschwülste, Gehirn- und Geisteskrankheiten, Neurosen, Rückenmarkskrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und der Gefäße, der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Pankreas und Bauchfell) und der Milz, die Unterleibsbrüche, Erkrankungen der Nieren, der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, Erkrankungen der Bewegungsorgane und der Haut sowie Erkrankungen aus physikalischen Ursachen haben hier eine sachgemäße, klare, alle in Betracht kommenden Gesichtspunkte voll beachtende Darstellung gefunden, der überall eine reichhaltige Kasuistik beigegeben ist und bei der vor allem auch die Gesetzgebung der deutschen, österreichischen und schweizerischen Arbeiter- und der privaten Unfallversicherung sowie die einschlägige Rechtsprechung eingehend berücksichtigt ist. — Im zweiten Teil des Bandes sind in gleicher Weise die Unfalltodesfälle behandelt. — Ein Anhang bringt Ergänzungen und Zusätze zum ersten Bande, die sich hauptsächlich auf die inzwischen erfolgten Aenderungen der Unfallgesetzgebung, namentlich im Deutschen Reiche, beziehen. Den Schluß bildet ein ausführliches, beide Bände umfassendes Sachregister.

Ebenso wie der erste Band der dritten Auflage des Kaufmannschen Handbuches stellt auch die des zweiten Bandes eine völlige Neubearbeitung dar, die sicherlich von allen denen, die mit Ungeduld auf die Vollendung des Handbuches gewartet haben, um so freudiger begrüßt werden wird, als sie durch die Vorzüglichkeit ihres Inhaltes in reichem Maße entschädigt werden.

Rpd.

Prof. Dr. Brauer-Hamburg-Eppendorf, Generaloberarzt und beratender innerer Kliniker: **Die Erkennung und Verhütung des Fleckfiebers und Rückfallfiebers** nebst Vorschriften zur Bekämpfung der Läuseplage. Von Regimentsarzt Dr. Julius Moreson. Mit 4 farbigen, 2 schwarzen und 1 Kurventafel sowie 12 Abbildungen im Text. Zweite ergänzte Auflage. Würzburg 1916. Verlag von Kurt Kalitzsch. Gr. 8°; 43 S. Preis: 1,50 Mark.

Die neue Auflage der vorstehenden Abhandlungen, über die bei ihrem ersten Erscheinen bereits an dieser Stelle berichtet ist (s. Nr. 14, Jahrg. 1915 dieser Zeitschrift, S. 425), enthält manche wertvolle Ergänzungen, die sie als Wegweiser für die Erkennung und Verhütung des Fleckfiebesr und Rückfallfiebers sowie für die Bekämpfung der Läuseplage noch geeigneter als bisher machen.

Rpd.

Geh. Ober-Reg.-Rat Prof. Dr. K. von Buchka-Berlin, **Geh. Reg.-Rat Dr. W. Kerp**-Berlin und **Geh. Reg.-Rat Dr. Th. Paul**-München: **Nahrungsmittelchemie.** Leipzig 1914. Verlag der Akademischen Verlagsgesellschaft m. b. H. Gr. 8°; 579 S.

Das vorliegende Werk stellt eine Sammlung von Vorträgen dar, die von den Verfassern auf dem von ihnen im März 1912 in Berlin veranstalteten ersten Fortbildungskurse für Nahrungsmittelchemiker gehalten sind. Ihre Herausgabe, die von Dr. W. Kerp bewirkt ist, wird sicherlich in Fachkreisen sehr freudig begrüßt werden, und zwar nicht nur von den Kursusteilnehmern, sondern vor

allem von denjenigen Fachgenossen, die an dem Kursus nicht teilgenommen haben; denn die Vorträge behandeln in umfassenden Ueberblicken sorgsam ausgewählte Fragen und Gebiete der Nahrungsmittelchemie und ihrer Grenzgebiete, die für die nahrungsmittelchemische Forschung und Praxis besonders aktuell und wichtig sind. Ihr Inhalt bietet aber auch vielfach sowohl für den ärztlichen Sachverständigen, als für den Medizinalbeamten sehr viel Wissenswertes; namentlich gilt dies betreffs der Vorträge über Lebensmittelgesetzgebung und Lebensmittelbetriebe im Deutschen Reich (Geh. Reg.-Rat Dr. P. Kerp-Berlin); über biologische Eiweißdifferenzierung unter besonderer Berücksichtigung der forensischen Blut- und Fleischuntersuchung (Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Uhlenhuth-Straßburg i. Els.), über nahrungsmittelchemische Tagesfragen (Geh. Reg.-Rat Dr. Kerp-Berlin) und neuere Erfahrungen aus der nahrungsmittelchemischen Gerichtspraxis (von Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack-Berlin), über Ueberwachung des Verkehrs mit Milch (Prof. Dr. H. Weigmann-Kiel), über neue Gesetzgebung und Rechtsprechung betr. den Verkehr mit Wein (Reg.-Rat Dr. Adolf Günther-Berlin), über Untersuchung und Begutachtung von Wasser und Abwässer (Dr. L. Grauhut-Wiesbaden) sowie über Fortschritte der gerichtlichen Chemie (Dr. G. Popp-Frankfurt a. M.). Um denjenigen Kreisen, für die nur einzelne Vorträge Interesse bieten, diese Vorträge zugänglich zu machen, hat die Verlagsbuchhandlung in entgegenkommender Weise Sonderausgaben davon in Einzelheften veranstaltet, wofür ihr ein besonderer Dank gebührt. Rpd.

Prof. Dr. med. und phil. H. Griesbach: Die Physiologie und Hygiene der Ernährung in populär-wissenschaftlicher Darstellung und die Beschaffung von Nährwerten im Weltkriege. Dresden 1915. Verlag von Holze und Pahl. 12°; 110 S. Preis: geh. 1,80 M., geb. 2,40 M.

Die Ernährungsfrage wird in dem vorliegenden Schriftchen in sechs Abschnitten: Wesen der Ernährung, die für die Ernährung in Betracht kommenden Stoffe, ihre Eigenschaften und ihre Verwendung, Einführung der Nahrungsstoffe in den Körper, ihre Verarbeitung und Verwendung, Ernährungsbedarf und Ernährungskosten, Ausnutzung, Verdaulichkeit, Aufbewahrung und Zubereitung der Nahrungsmittel sowie Beschaffung von Nährwerten im Kriege allgemein verständlich, aber doch auf durchaus wissenschaftlicher Grundlage unter voller Berücksichtigung der bei der Ernährung in Betracht kommenden physiologischen und chemischen Vorgänge behandelt. Das Schriftchen verdient gerade deshalb den Vorzug gegenüber vielen anderen, in denen der gleiche Gegenstand allein oder hauptsächlich von der wirtschaftlichen Seite behandelt ist. Mit Recht betont Verfasser am Schluß, daß wir kaum Ernährungssorgen während des Krieges zu befürchten haben, wenn jeder Einzelne sich vornimmt, an den Sparsamkeitsbestrebungen auf dem Gebiete der Ernährung teilzunehmen und wenn namentlich die wohlhabenden Volksschichten diesem Grundsatz zugunsten der Nichtbemittelten huldigen. Rpd.

Dr. J. Tillmans, Privatdozent und Vorsteher des Nahrungsmitteluntersuchungsamts und der chemischen Abteilung des städtischen hygienischen Instituts in Frankfurt a. M.: **Die chemische Untersuchung von Wasser und Abwasser.** Mit 19 Abbildungen im Text. Halle a. S. 1915. Verlag von Wilhelm Knapp. Gr. 8°; 259 S. Preis: 11,20 M., geb. 11,95 M.

Das Werk bildet den XVII. Band der von Patentanwalt L. M. Wohlgemuth-Berlin unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen herausgegebenen Laboratoriumsbücher für die chemische und verwandte Industrie; es behandelt einen Stoff, der auch für beamtete und nicht beamtete Aerzte, Hygieniker usw. von großer Bedeutung ist, denn die Fragen der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung haben sich immer mehr zu einem der wichtigsten Kapitel der öffentlichen Gesundheitspflege entwickelt. Eine der Grundlagen für die Beurteilung der Wasser und Abwasser bildet aber das Ergebnis ihrer chemischen Untersuchung, deren Methodik Verfasser in klar und erschöpfender Weise auf Grund jahrelanger eigener Erfahrungen sowie unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen schildert und im Anschluß daran jedesmal die Gesichtspunkte hervorhebt, die für die Beurteilung der festgestellten Befunde maßgebend sind. In dem ersten Abschnitt Wasseruntersuchung wird die Unter-

suchung auf die hygienische Beschaffenheit getrennt von der auf aggressive und störende Stoffe (Sauerstoff, Kohlensäure, gelöste Metalle, Eisen, Mangan und Härtegrade) behandelt; den beamteten Arzt interessieren in diesem Teil besonders die sachgemäßen Ausführungen über die Untersuchung des Wassers an Ort und Stelle (Ortsbesichtigung, Probeentnahme, physikalische und qualitative chemische Untersuchung). In dem zweiten der Darstellung der Abwasseruntersuchung gewidmeten Hauptabschnitt hat Verfasser auch die in gewerblichen Abwässern vorkommenden Stoffe und Verunreinigungen in ausgiebiger Weise berücksichtigt, entsprechend der hohen Bedeutung, die die Beseitigung dieser Abwässer heute gewonnen hat. Im Anschluß daran werden die Untersuchung und Bewertung des Schlammes, die Kontrolle von Kläranlagen sowie die Reinigungsmöglichkeit gewerblicher Abwässer behandelt. Das aus der Erfahrung geschriebene Buch eignet sich so recht zum praktischen Ratgeber auf diesem wichtigen Gebiete und kann deshalb warm empfohlen werden.

Rpd.

Schriften des Vereins für Kommunalwirtschaft und Kommunalpolitik. E. V. Herausgegeben von Generalsekretär Erwin Stein. Heft 1—6. Berlin-Friedenau. Deutscher Kommunal-Verlag G. m. b. H. 1915 und 1916. Preis für das Heft: 1,50 M., geb. 2,25 M.

Von dem Verein für Kommunalwirtschaft und Kommunalpolitik werden seit vorigem Jahre Einzelschriften in Heften von 2—3 Bogen herausgegeben, in denen wichtige Tagesfragen von hervorragenden Fachmännern behandelt sind. Das Heft 1 bringt eine Denkschrift über die Arbeiten des Vereins; in Heft 2 wird der öffentliche Betrieb und die Konzessionswirtschaft von Emil Schiff-Berlin-Grunewald und Hans Ludewig-Spandau besprochen, während Heft 3: „Oberschlesien heute und morgen“ eine Schilderung der Kommunalverhältnisse von Urbaneck, Amts- und Gemeindevorsteher in Beuthen-Roßberg enthält. In den beiden folgenden Heften sind die Vorträge wiedergegeben, die von dem Oberbürgermeister Koch-Kassel und Dr. Wilms-Posen über die Kriegsmaßnahmen der Städte auf dem Gebiete der Lebensmittelversorgung (Heft 4) sowie Landesrat Dr. Horion-Düsseldorf und Bürgermeister Luppe-Frankfurt a. M. über Kriegsbeschädigtenfürsorge (Heft 5) auf der IV. Tagung des Vereins für Kommunalwirtschaft und Kommunalpolitik gehalten haben und deren Inhalt auch die Leser dieser Zeitschrift in hohem Grade interessieren dürfte. Heft 6 bringt eine Abhandlung von Reg.-Rat L. Buck-Düsseldorf über „Direkte Reichssteuern oder direkte Reichskriegssteuern.

Rpd.

Prof. Dr. L. Langstein, Privatdozent und Direktor des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Charlottenburg: **Gesunde Kinder in den Spiel-, Schul- und Entwicklungsjahren.** Leipzig 1916. Verlag von Max Hesse. 12°, 103 S. Preis: geb. 1,35 M.

Das Büchlein bildet den 22. Band der Hesseschen Bücherei des modernen Wissens; es ist seinem Zwecke entsprechend in einer für Laien verständlichen Weise geschrieben und gibt eine kurzgefaßte Zusammenstellung der zur zweckmäßigen Ernährung und Pflege der über ein Jahr alten Kinder notwendigen Maßnahmen. Verfasser betont mit Recht, daß bisher die schriftliche Belehrung über diese Altersklassen im Vergleich mit der über das Säuglingsalter zu kurz gekommen ist, namentlich diejenige über das Spielalter der Kinder; deshalb hat er diesem auch eingehendere Erörterungen gewidmet, als dem Schulalter, da in dem ersteren die Pflege und Erziehung der Kinder ausschließlich in den Händen der Eltern liegt, für die diese Abhandlung in erster Linie bestimmt ist. Außerdem ist eine rationelle Pflege und Erziehung im Kleinkinderalter besonders wichtig, denn Verstöße dagegen machen nicht nur günstige Ergebnisse einer rationellen Säuglingspflege hinfällig, sondern bewirken auch einen schlechten Gesundheitszustand der Schulrekruten, der sich während der Schulzeit bitter rächt. Da das Büchlein lediglich dazu dienen soll, gesunde Kinder gesund zu erhalten, so ist alles fortgeblieben, was dem Laien einen Anhalt geben könnte, selbständig Krankheiten zu erkennen und zu behandeln. Es ist dies nicht als Mangel, sondern als großer Vorzug der Abhandlung anzusehen, die ihrer klaren, kurzen und sachgemäßen Darstellung

wegen die größte Verbreitung in Familien und in allen denjenigen Kreisen verdient, denen die Fürsorge für die Entwicklung der über ein Jahr alten Kinder bis zur Beendigung des Schulalters obliegt. Rpd.

Tagesnachrichten.

Kriegsernährungsamt. Die mannigfachen Mißstände, die sich leider in den letzten Monaten immer mehr auf dem Gebiete der Ernährung unserer Bevölkerung bemerkbar gemacht haben und die z. T. auf der Zersplitterung der hier tätigen Kräfte beruhen, haben dazu geführt, daß der Bundesrat den Reichskanzler ermächtigt, eine eigene, neue, ihm unmittelbar unterstellte Behörde, das „Kriegsernährungsamt“ hat, zu errichten. Der Präsident dieser Behörde erhält das Verfügungsrecht über alle im Deutschen Reiche vorhandenen Lebensmittel, Rohstoffe und andere Gegenstände, die zur Lebensmittelversorgung notwendig sind, ferner über die Futtermittel und die zur Viehversorgung nötigen Rohstoffe und Gegenstände. Das Verfügungsrecht schließt die gesamte Verkehrs- und Verbrauchsregelung, damit erforderlichenfalls natürlich auch die Enteignung, die Regelung der Ein-, Aus- und Durchfuhr, sowie der Preise ein. Der Präsident kann auch in dringenden Fällen die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen versehen.

Ueber die Einrichtung und die Aufgaben der neuen Einrichtung schreibt die Nordd. Allg. Ztg.“ folgendes:

„Die ausreichende Ernährung unserer Bevölkerung ist völlig gesichert und wird, solange der Krieg auch dauern möge, durch keine noch so rücksichtslosen Sperrmaßnahmen der feindlichen Staaten in Frage gestellt. Die Notwendigkeit aber, unseren Verbrauch bei wesentlich verminderter Einfuhr aus der schwachen Ernte des Jahres 1915 zu decken, hat bekanntlich im einzelnen zu teilweise recht fühlbaren Knappheitserscheinungen geführt. Seit Monaten ist die Reichsleitung im Verein mit den bundesstaatlichen Regierungen und den Organen der Selbstverwaltung bemüht, die auf den verschiedensten Gebieten entstehenden Schwierigkeiten zu bekämpfen und die fortlaufende ausreichende und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Mehr und mehr hat sich indes gezeigt, daß das System unserer bundesstaatlichen Behördenorganisationen dem vollen Gelingen jener Bemühungen hindernd im Wege steht. Beim Erlaß der die Versorgung grundsätzlich regelnden Verordnungen, bei der Errichtung der mit Teilen der Ernährungsverwaltung betrauten besonderen Organisationen, noch mehr aber bei der Ueberwachung der Durchführung allgemeiner Vorschriften war bisher eine größere Zahl von amtlichen Stellen beteiligt, die keiner zentralen Oberleitung unterstanden und deren Zusammenwirken deshalb von gegenseitigen Verhandlungen, Auseinandersetzungen und Zugeständnissen bedingt war. Dies tat der notwendigen Einheitlichkeit und Schnelligkeit Abbruch. Der Bundesrat hat deshalb in seiner Sitzung vom 22. Mai den Reichskanzler ermächtigt, eine eigene, neue, ihm unmittelbar unterstellte Behörde, das „Kriegsernährungsamt“ zu errichten. Der Präsident dieser Behörde erhält das Verfügungsrecht über alle im Deutschen Reiche vorhandenen Lebensmittel, Rohstoffe und andere Gegenstände, die zur Lebensmittelversorgung notwendig sind, ferner über die Futtermittel und die zur Viehversorgung nötigen Rohstoffe und Gegenstände. Das Verfügungsrecht schließt die gesamte Verkehrs- und Verbrauchsregelung (damit erforderlichenfalls natürlich auch die Enteignung), die Regelung der Ein-, Aus- und Durchfuhr sowie der Preise ein; zur Sicherung der Durchführung können Zuwiderhandlungen mit Gefängnisstrafe bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu 10000 M. bedroht werden. Der Präsident kann in dringenden Fällen die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen versehen. Die Verordnungen des Bundesrats bleiben unberührt; in dringenden Fällen können aber — unter unverzüglicher Vorlage an den Bundesrat — abweichende Bestimmungen getroffen werden. Im Kriegsernährungsamte werden bewährte Männer aus den wichtigsten wirtschaftlichen Interessentengruppen — der Landwirtschaft, des Gewerbes und Handels, der Heeresverwaltung und der Verbraucher — mitarbeiten; die Beschlußfassung wird aber ausschließlich dem Vorsitzenden zustehen. In einem Beirat werden Vertreter der Bundesregierungen, der behördlichen Kriegsstellen und der Kriegs-

gesellschaften Sitz und Stimme haben. Die Anordnungen der militärischen Befehlshaber werden den Maßnahmen der zentralen Ernährungsbehörde angepaßt. Der aus der Mitte des Reichstags berufene Beirat für Volksernährung bleibt neben der neugeschaffenen Einrichtung bestehen. Bei dieser neuen, straff organisierten Regelung wird es möglich sein, die im Reiche greifbaren Nahrungsvorräte vollständig zu erfassen und ihre Verwertung und Verteilung ohne jede Verzögerung in der zweckmäßigsten Weise durchzuführen. Einschränkungen, Anpassung des Bedarfs, Verständnis für die Notwendigkeiten und Schwierigkeiten unserer wirtschaftlichen Lage werden selbstverständlich auch weiter vonnöten sein. Die Organisation kann nur gewährleisten, daß innerhalb der Grenzen des Möglichen das Aeußerste für die Befriedigung der Ansprüche des Bedarfs geschieht. Die Vorarbeiten zur Einrichtung der neuen Behörde sind im vollen Gange; der Zeitpunkt, an dem sie ihre Tätigkeit aufnimmt, wird durch den Reichsanzeiger bekanntgegeben. Seine Majestät der Kaiser, der den Fragen der Volksernährung ganz besonderes Interesse entgegenbringt, hat sich über die neue Organisation vom Reichskanzler wiederholt ausführlichen Vortrag halten lassen und Allerhöchst genehmigt, daß zum Präsidenten des Kriegsernährungsamtes der Oberpräsident der Provinz Ostpreußen von Batocki berufen wird.

In einer Eingabe an den Reichskanzler (Reichsamt des Innern) hatte der **Verband der Aerzte Deutschlands** gebeten, die Ausführungsbestimmungen der Verordnung vom 18. April 1916 über den **Verkehr mit Seife usw.** (s. Beilage zu dieser Zeitschrift zu Nr. 10, S. 56) dahin abzuändern:

„1. daß Aerzten, die mit infektiösen Kranken zu tun haben, auf begründeten Antrag hin, ein Ausweis erteilt wird, wonach Feinseife bis zu 300 g monatlich gegen Vorlegung des Ausweises an sie abgegeben werden soll;

2. daß Aerzte auf Antrag einen weiteren Ausweis erhalten, wonach ihnen über die in § 1, I vorgesehene Menge von 500 g anderer Seife oder Seifenpulver hinaus weitere 500 g monatlich für Berufszwecke verabfolgt werden können;

3. daß auf Grund eines den Verwaltungen der Krankenanstalten erteilten Ausweises der Bezug der ausschließlich für Anstaltszwecke nötigen Mengen von Seife und anderen Waschmitteln ohne Begrenzung gestattet wird, über deren Verbrauch von Seife und anderen Waschmitteln vierteljährlich der zuständigen Behörde zu berichten ist;

4. daß nach der Bestandaufnahme eine Beschlagnahme von Seifenvorräten der Krankenanstalten und Aerzte nicht stattfindet, daß aber die größte Sparsamkeit im Verbrauch von Seife und anderen Waschmitteln sowohl Aerzten wie Krankenanstalten zur Pflicht zu machen ist.“

Darauf hat der Reichskanzler unter dem 14. Mai d. J. folgende Antwort erteilt:

„Die Annahme, daß den Aerzten nach den Ausführungsbestimmungen zur Verordnung über den Verkehr mit Seife pp. nur ein Bezugsrecht auf 200 g Feinseife zustehe, beruht auf einem Mißverständnis. Der Arzt ist in der Lage, auf die Brotkarte 100 g Feinseife und 500 g andere Seife zu beziehen. Darüber hinaus kann die Ortsbehörde ihm durch Ausweis gestatten, weitere 200 g Feinseife zu beziehen. Insgesamt kann also der Arzt 300 g Feinseife im Monat sich verschaffen. Für Privatkrankenhäuser, die die Wäsche durch eigene Angestellte in einer zu dem Krankenhaus gehörigen Waschanstalt waschen lassen, besteht auf Grund der jetzigen Bestimmungen die Möglichkeit, durch Bescheinigung der zuständigen Behörde die nötigen Waschmittel zu erhalten, da diese Waschanstalten den übrigen gleichzustellen sind. Zu den anderen Reinigungszwecken (Scheuerzwecken) wird auch der Arzt in der Hauptsache zu fettlosen Scheuermitteln greifen müssen. Die herrschende Fettknappheit gestattet hier die weitere besondere Zuteilung von Waschmitteln nicht. Ueber das Vorgehen bei einer etwaigen Bestandsaufnahme und Beschlagnahme vermag ich zurzeit keinerlei Zusagen zu machen.[1])

---

[1]) Nach einem vom Kriegsausschuß für pfanzliche und tierische Fette usw. herausgegebenen Merkblatt regelt sich der Seifenver-

Am 21. Juni d. J. wird eine **außerordentliche Sitzung der I. Abteilung des Königlich Sächsischen Landesgesundheitsamtes** unter Hinzuziehung der außerordentlichen Mitglieder des Landesausschusses und je eines weiteren Vertreters der Aerztekammern stattfinden. Als einziger Beratungsgegenstand ist „Die Regelung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge im Königreich Sachsen“ auf die Tagesordnung gestellt; Berichterstatter sind Med.-Rat Prof. Dr. Kehrer-Dresden, Mitberichterstatter San.-Rat Dr. Dippe-Leipzig. Als Grundlage für die Beratung ist im Ministerium des Innern eine Denkschrift, die die Grundzüge für die zu beratende Regelung enthält, ausgearbeitet und den ärztlichen Bezirksvereinen und Aerztekammern zur Vorberatung zugestellt.

Im **Großherzogtum Luxemburg** ist durch Großherzoglichen Beschluß vom 7. April 1916 die **Impfung und Wiederimpfung** neu geregelt. Sämtliche Kinder sind im ersten Lebensjahr zu impfen und innerhalb des 11. Lebensjahres wieder zu impfen. Die öffentlichen Impfungen erfolgen unter Aufsicht der Sanitätsinspektoren durch Aerzte, die von der zuständigen Regierung auf den Vorschlag des Medizinalkollegiums bestellt sind, sich genau an die gegebene Anweisung zu halten haben und bei Vernachlässigung oder Vergehen im Dienste nach Anhörung des Medizinalkollegiums ihres Amtes entsetzt werden können. In jeder Gemeinde sind öffentliche Impftermine und in der Zeit vom 8. bis 11. Tage nach der Impfung Nachschautermine abzuhalten. Die Kosten haben die Gemeinden zu tragen; für jede Impfung erhält der Arzt 0,75 Fr., nochmalige Impfungen im Nachschautermin bei erfolgloser Impfung sind kostenlos auszuführen. Außerdem wird eine Reisevergütung von 1 Fr. pro Kilometer bei auswärtigen Impfterminen gewährt.

---

brauch der Aerzte, Hebammen und Pflegepersonen, Krankenanstalten usw. wie folgt: a) Seifenverbrauch der Aerzte, Hebammen und Pflegepersonen: Der Seifenbezug für den persönlichen Verbrauch der obengenannten Personen auf Bezugsschein ist nicht zulässig. Die genannten Personen haben ihren Seifenbedarf selbst zu beschaffen, und zwar gegen Vorlegung der Brotkarte. Gegen entsprechenden Ausweis der zuständigen Behörde wird denselben auf Brotkarte das gesetzlich vorgesehene Zusatzquantum an Feinseife verabfolgt. b) Seifenbezug der Kranken: Diese sind mit Seife ebenfalls nur auf Grund der Brotkarte zu versorgen. Falls die Betreffenden nicht über Brotkarten verfügen, ist der Bezug auf Grund des nach § 2 der Bundesratsverordnung von der zuständigen Ortsbehörde zu erteilenden Ausweises zu bewirken. Es wird erforderlich sein, daß auch diejenigen Seifenmengen, die zu therapeutischer Verwendung dienen, von dem auf Brotkarten zu erhaltenden Quantum entnommen werden. c) Wäschereibetriebe der Krankenanstalten: Der Wäschereibetrieb der Krankenanstalten ist als technischer Betrieb zu betrachten und wird durch Erteilung von Ausweisen in die Lage versetzt, Seife einzukaufen. Sofern im Wäschereibetrieb weniger als 10 Personen beschäftigt sind, ist der Ausweis von der zuständigen Ortsbehörde zu beschaffen. Sind im Wäschereibetrieb mehr als 10 Personen beschäftigt, so ist ein monatlich zu stellender Antrag an den Kriegsausschuß für pflanzliche und tierische Oele und Fette, Abteilung Seifenkontrolle, Berlin NW. 7, Unter den Linden 68a, zu richten, der für das monatlich zu beziehende Seifenquantum einen Seifenbezugsschein ausstellt. Zu Scheuerzwecken ist der Verbrauch von Seife und seifenhaltigen Waschmitteln ausgeschlossen. d) Seifenverbrauch für spezielle Zwecke: Sofern ein Seifenverbrauch für spezielle Zwecke stattfindet, z. B. zur Reinigung empfindlicher Gegenstände, die dem ärztlichen Gebrauch dienen, kann auf besonders begründeten Antrag an den Kriegsausschuß, Abteilung Seifenkontrolle, der Bezug der hierfür erforderlichen Seifenmenge auf Bezugsschein vom Kriegsausschuß gestattet werden. Es ist darauf zu achten, daß die äußerste Sparsamkeit im Gebrauche von Seife beobachtet wird, und daß in jedem Fall, in welchem Seife durch ein fettfreies Ersatzmittel ersetzt werden kann, ein solches zur Anwendung kommt.

Die am 27. Mai d. J. erfolgte Enthüllung des **Robert Koch-Denkmals** auf dem Luisenplatz in Berlin hat sich zu einer ebenso ehrenden wie warmen Huldigung des verstorbenen Meisters gestaltet. Als Vertreterin Ihrer Majestät der Kaiserin war Ihre Königl. Hoheit die Frau Kronprinzessin erschienen; desgleichen hatten sich der Reichskanzler sowie die Spitzen der Staats- und städtischen Behörden, zahlreiche Vertreter der medizinischen Wissenschaft usw. zur Enthüllung des Denkmals, das zu seinen Füßen mit einer Fülle von dargebrachten Blumen und Kränzen bedeckt war, eingefunden. Im Auftrage des Denkmalkomitees ergriff zunächst Herr Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner das Wort und dankte allen denen, die in so reichem Maße dazu beigetragen haben, dem Manen unseres großen Forschers auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung ein würdiges, von der Hand eines unserer ersten Künstler ausgeführtes Denkmal zu setzen. Die eigentliche Gedächtnisrede wurde dann von dem Nachfolger Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky gehalten, der als ältester Schüler und Nachfolger von Robert Koch, wie kein anderer berufen war, ein treues Lebensbild von dem großen Forscher zu geben. Mit Recht hob er in diesem hervor, daß man gerade jetzt, wo Deutschland nach fast zweijährigem Kriege einer Welt von Feinden gegenüberstehe, mit besonderer Dankbarkeit die unsterblichen Verdienste Robert Kochs gedenken müsse, denn nur ihm und seinen lehrreichen Forschungen sei es zu danken, daß nicht bloß unsere Millionenheere, sondern auch unser ganzes Volk von diesen schrecklichen Seuchen verschont geblieben seien, die sonst die unausbleiblichen Begleiter eines Krieges gewesen wären. Oberbürgermeister Wermuth übernahm dann mit warmen Worten des Dankes das Denkmal in die Obhut der Stadt, die es ebenso stets in Ehren halten werde, eingedenk der außerordentlichen Verdienste, die sich Robert Koch auch durch Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens der Stadt erworben habe, zu deren hervorragendsten Ehrenbürgern er gehört habe.

Touaillon hat Robert Koch in einer talarartigen Gewandung sitzend in einem ideal gestalteten Sessel dargestellt; vorzüglich ist ihm der Kopf gelungen, der die charakterischen Züge des Forschers in treuer Aehnlichkeit wiedergibt.

Der am 1. und 2. Mai d. J. in Warschau abgehaltene **Kongreß für innere Medizin** hat eine außerordentlich zahlreiche Beteiligung (1800 Teilnehmer) gefunden und ist nach jeder Richtung hin befriedigend verlaufen. Generalstabsarzt und Feldsanitätschef Dr. v. Schjerning machte in seiner Ansprache auch nähere Mitteilung über die Beteiligung der Aerzte usw. am Kriege. Er sagte:

Mehr als 24000 Aerzte stehen in dem Dienste des Heeres, davon $^2/_3$ im Felde und $^1/_3$ in der Heimat beschäftigt. 8000 Aerzte widmen sich der Tätigkeit des Roten Kreuzes; daneben dienen 400 Aerzte der Zahnheilkunde und 1800 Apotheker, ferner 92000 Sanitätsmannschaften und Militärkrankenwärter. Außerdem wird die Heeresverwaltung unterstützt in der Heimat von 72000 Personen der freiwilligen Krankenpflege und von 22000 im Etappengebiet, unter denen besonders rühmend 6800 Krankenschwestern hervorzuheben sind. Tausende von Autos und Krankenwagen befördern die Verwundeten und Kranken von der Truppe in die Kriegslazarette, von wo sie 238 Lazarettzüge in die Heimat bringen. Tausende von Einrichtungen zur Sterilisierung des Wassers, zur Desinfektion und zum Röntgen sind bei unseren Truppen in Gebrauch. 26 große Felddampfwäschereien dienen in der Etappe zur Reinigung der Wäsche für unsere Feldlazarette. Hunderte von Einrichtungen zur Bekämpfung der Seuchen sind getroffen, unter anderem auch an der Grenze 18 große Desinfektionsanstalten errichtet, von denen täglich 100000 Mann mit ihren sämtlichen Sachen gereinigt und desinfiziert werden können. Täglich gehen waggonweise von dem Hauptsanitätsdepot Verbandmittel und ärztliche Utensilien an die Front, um das Verbrauchte zu ersetzen. Alle diese Einrichtungen würden nichts nützen, wenn nicht der Geist der Vaterlandsliebe und treuester Aufopferung, der Geist echter Wissenschaftlichkeit und das Bewußtsein, daß es um die Existenz unseres Vaterlandes geht, in den Herzen aller unserer Aerzte walten würde. Es ist bezeichnend für unsere ärztliche Wissenschaft, daß wir und die Vertretung

aller befreundeten Nationen und Heere sich hier versammelt haben, um ihre Erfahrungen auszutauschen und das Neueste und Beste ihren Heeren zuführen zu können. So werden sich neue Erfolge den alten anreihen zum Besten unserer Völker und zum Wohle unserer Heere.

Am 13. und 14. Juni d. J. findet im Landhause der Provinz Brandenburg in Berlin die **8. Konferenz für Trinkerfürsorge** statt, für die folgende Gegenstände auf die Tagesordnung gestellt sind: 1. Erfahrungen aus der Praxis mit dem § 120 der Reichsversicherungsordnung, insbesondere im Hinblick auf die gleiche Fürsorge für alkoholkranke Kriegsteilnehmer; Berichterstatter: Landesrat Dr. Schellmann-Düsseldorf. — 2. Einwirkung der Kriegszeit auf die Trinkerfürsorge; Berichterstatter: Pfarrer Störmer-Lüdenscheid. — 3. Fürsorge für Trinkerkranke; Berichterstatterin: Frau Liska Gerken-Leitgebel in Berlin. — 4. Erfahrungen mit der vorläufigen Berufsvormundschaft; Dr. Polligkeit-Frankfurt a. M. — 5. Die Normalfragebogen; Berichterstatter: Direktor Dr. Hartwig-Lübeck. — 6. Stand der Trinkerfürsorge in der Schweiz; Berichterstatter: Dr. Hercod-Lausanne. — 7. Welche alkoholgegnerischen Maßnahmen der Behörden in der Kriegszeit haben sich bewährt und in welchem Umfange lassen sich diese in die Zeit nach dem Kriege übertragen? Berichterstatter: Prof. Dr. Trommershausen-Marburg a. L.

Auch in diesem Jahre wird eine **Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** nicht stattfinden.

Zum Vorsitzenden der Kommission für die **Tuberkulosefürsorge im Mittelstande** ist Staatsminister Dr. Graf von Posadowsky-Wehner, z. Z. Elbing, Kreishaus, und gleichzeitig durch Präsidialbeschluß in das Präsidium des Deutschen Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose gewählt.

Der **Bericht über die Verhandlungen der 8. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt in Berlin vom 26. bis 28. Oktober 1916** über die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft ist jetzt als Heft der Schriften der Zentralstelle für Arbeits-Wohlfahrts-Einrichtungen erschienen. Es umfaßt 291 Seiten und kann von Carl Heymanns Verlag in Berlin zum Preise von 2,50 M. bezogen werden. Eine Besprechung der Verhandlungen erübrigt sich, da über diese schon in Nr. 21 und 22 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1915, S. 643 und 673 eingehend berichtet ist.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Kasse:

Generalarzt Dr. Albrecht-Hannover.
Generalarzt Geh. Rat und Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Ritter von Angerer-München.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Emil Lenz-Hamburg.
Unterarzt Kurt Thomalla, Sohn des Kreisarztes Med.-Rat Dr. Thomalla-Ohlau (Schlesien).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Dr. Bosse, prakt. Arzt in Kosten, jetzt Kreisarzt in Konin (Russ. Polen).
Dr. Steffenhagen, prakt. Arzt in Berlin, jetzt Kreisarzt in Czenstochau (Russ. Polen).
Ober-Med.-Rat Dr. Willemer in Lugwigslust (Mecklenb.-Schw.).

Außerdem haben erhalten: Das Kaiserl. Oesterreichische Ehrenzeichen I. Kl. vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration: Wirkl. Geh. Ob.-Med.- und Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin in Anerkennung besonderer Verdienste um die militärische Sanitätspflege im Kriege; — das Ritterkreuz I. Klasse mit Schwertern des Großherzoglich Badischen Zähringer Ordens: der Oberstabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. Thomalla, Kreisarzt in Ohlau (Schlesien); das Großherzogl. Mecklenburgische Militär-Verdienstkreuz am roten Bande: Med.-Rat Dr. Stephan-Güstrow, OberMed.-Rat Dr. Willemer-Ludwigslust, Med.-

Rat Dr. Wilhelmi, Kreisarzt in Schwerin, Prof. Dr. Franke, Prof. Dr. Ehrlich und Geh. Med.-Rat Dr. Martius in Rostock.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Dr. Bertofsky-Prenzlau.
Oberarzt Dr. Robert Bidgenbach-Heddersdorf bei Neuwied a. Rhein.
Assistenzarzt Dr. H. Felber.
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Hoffmann-Mettlach (Rheinprovinz) (infolge von Krankheit gestorben).
Marine-Generalarzt Dr. Hoffmann-Berlin.
Stabsarzt d. L. Dr. Hermann Heyer-Darmstadt (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Arthur Kappis-Hagen i. Westf. (gestorben infolge von Blutvergiftung).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Max Koppel-Düsseldorf.
Dr. **Anton Krinner** aus Waldmünchen, Kreisarzt in Lenzypa (Russisch-Polen).
Unterarzt Dr. Felix Leiser-Bonn.
Feldarzt, Prof. Dr. Lühe-Königsberg i. Pr. (an Fleckfieber gestorben).
Oberstabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. Eugen Mann-Liegnitz (infolge von Krankheit gestorben).
Bataillonsarzt Dr. Fritz Mette-Berlin.
Stabsarzt Dr. Ernst Pöhn-Cassel.
Oberarzt d. Res. Dr. Rud. Praetorius-Herzfelde (Reg.-Bez. Potsdam).
Stabsarzt Dr. Emil Schulz.
Ober-General- und Korpsarzt Dr. Albert Schulze-Stettin.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Ernst Winkler-Bremen.
Oberstabsarzt Dr. Georg Wolf.

Außerdem: Hauptmann Helmut Barnick, einziger Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Barnick in Frankfurt a. Oder.

Cholera. In Oesterreich sind vom 2.—8. April 2 (1) und vom 9.—22. April keine Erkrankungen (Todesfälle) amtlich gemeldet, in Bosnien und der Herzegowina vom 9. bis 29. April: 322 (134), sämtlich in Gefangenenlagern.

Fleckfieber. Im Deutschen Reich sind in den vier Wochen vom 23. April bis 20. Mai 1, 2, 0 und 23 Erkrankungen vorgekommen (24 unter Kriegs- und 2 unter Zivilgefangenen); in Oesterreich vom 27. April bis 18. Mai: 583, 993 und 792, davon in Galizien und in der Bukowina: 455, 896 und 830; in Ungarn sind vom 8. bis 23. April: 27 Erkrankungen und 1 Todesfall ermittelt.

Pocken. Die Zahl der Erkrankungen betrug im Deutschen Reich vom 23. April bis 20. Mai: 22, 16, 10 und 5; in Oesterreich vom 20. Februar bis 18. März: 1598, 1905, 1626 und 1407, davon in Galizien und in der Bukowina 1482, 1739, 1517 und 1278.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 23. April bis 6. Mai 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Trichinose, Rotz, Aussatz: — (—), — (—); Tollwut: — (—), 2 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 7 (—); Milzbrand: 1 (—), 2 (—); Pocken: 17 (—), (—) (—); Unterleibstyphus: 136 (19), 243 (14); Ruhr: 20 (3), 20 (4); Diphtherie: 1845 (153), 2039 (139); Scharlach: 1285 (65), 1284 (56); Kindbettfieber: 65 (18), 57 (16); Genickstarre: 20 (12), 23 (6); spinaler Kinderlähmung: — (—), 1 (—); Fleisch-, Fisch-Wurst- und Pilzvergiftung: 14 (—), 29 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 47, 64; Tuberkulose (gestorben): 953, 1044.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 12. Ausgegeben am 20. Juni 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 12.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. v. Behring-Marburg anläßlich seines Rücktritts vom Lehramte; — die Rote Kreuz-Medaille

II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Bornträger, Reg.- und Med.-Rat in Düsseldorf, dem Med.-Rat Dr. Lambrecht, Kreisphysikus in Stadthagen (Schaumburg-Lippe), dem Med.-Rat Dr. Landgrebe, Kreisarzt in Neustettin, dem Bezirksarzt Dr. Sigmund Merkel-Nürnberg; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Bezirksarzt Dr. Aschenbrenner in Weißenburg, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Balser in Darmstadt, Geh. Med.-Rat Dr. Binswanger, Professor an der Universität in Jena, Med.-Rat Dr. Bötticher in Gießen, Bezirksarzt Dr. Borger in Illertissen, Med.-Rat Dr. Bruhn, Kreisarzt in Segeberg, Bezirksarzt Dr. Deppisch in Cham, Bezirksarzt Dr. Detzel in Rockenhausen, Hofrat Dr. Doerfler in Weißenburg, Kreisarzt Dr. von Fewson in Ahrweiler, Dr. Frickhinger, Reg.- und Med.-Rat in Würzburg, Med.-Rat Dr. von Hörmann, Bezirksarzt in Speyer a. Rh., Bezirksarzt Dr. Hofmann in Uffenheim, Bezirksarzt Dr. Kerschensteiner in Neunburg v. W., Prof. Dr. Kraepelin, Direktor der Psychiatrischen Klinik in München, Kreisarzt Dr. Kullmann in Lauterbach, Med.-Rat Dr. Löber, Bezirksarzt in Vacha, Dr. Palmedo, bezirksärztlicher Stellvertreter und Bahnarzt in Roth bei Nürnberg, Med.-Rat Dr. Preisendörfer, Bezirksarzt in Lohr a. Main, Prof. Dr. Roepke, Chefarzt der Heilstätte Stadtwald in Melsungen, Kreisarzt Dr. Rosenheim in Strelno, Physikus Dr. Roth in Zeulenroda (Reuß ä. L.), Dr. Rüth, bezirksärztl. Stellvertreter in Osterhofen, Bezirksarzt Dr. Schelle in Neustadt a. A., Bezirksarzt Dr. Seidel in Kulmbach, Bezirksarzt Dr. Spann in Kaltennordheim, Bezirksarzt Dr. Steininger in Stadtamhof, Med.-Rat Prof. Dr. Stumpf, Landgerichtsarzt in Würzburg, San.-Rat Dr. Textor, Direktor der Provinzialpflegeanstalt in Eberstadt bei Darmstadt, Med.-Rat Dr. Wanke, Kreisarzt in Belgrad.

Ernannt: Privatdozent Prof. Dr. O. Weiß in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Langner in Frankenstein (Schlesien) nach Beuthen (Oberschlesien).

Königreich Bayern.

Ernannt: Prof. der Pharmazie Dr. Alfred Heiduschka in Würzburg zum a. o. Beisitzer beim dortigen Medizinalkomitee mit der Verpflichtung zur Vornahme der chemischen Untersuchungen in strafrechtlichen Fällen und Heinrich Bauch, Assistent des Pharmazeutischen Instituts in Würzburg zum Suppleanten bei diesem Medizinalkomitee.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Urban in Berg a. L.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang als Geheimer Rat: dem Geh. San.-Rat Dr. Ganser in Dresden, ordentl. Mitglied des Landesgesundheitsamtes und dem Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Braun, Direktor des Krankenstifts Zwickau; — der Titel und Rang als Obermedizinalrat: dem Med.-Rat Dr. Kehrer, Direktor der Königl. Frauenklinik in Dresden; — der Titel und Rang als Medizinalrat: dem Bezirksarzte Dr. Heyn, Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern, den Anstaltsbezirksärzten Dr. Hofmann bei der Landesanstalt Zwickau und Dr. Müller bei der Landesanstalt Leipzig-Dösen; — der Titel und Rang als Sanitätsrat: dem Gerichtsarzt Dr. Voigt in Dippoldiswalde; — das Komturkreuz II. Klasse des Verdienstordens: dem Geh. Rat Prof. Dr. Marchand in Leizig; — das Ritterkreuz I. Klasse des Verdienstordens: dem Ob.-Med.-Rat Dr. Hösel, Direktor der Landesanstalt Zschadraß; — das Komturkreuz II. Klasse des Albrechtsordens: dem Geh. Med.-Rat Dr. Rupprecht in Dresden, ordentl. Mitglied des Landesgesundheitsamtes; — das Offizier-

(Fortsetzung der Personalien auf Seite 5 des Umschlags.)

kreuz des Albrechtsordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tillmanns in Leipzig; — die Krone zum Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: dem Obermedizinalrat Dr. Erler, Bezirksarzt in Meißen und den außerordentlichen Professoren Dr. Barth und Dr. Kockel in Leipzig; — das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: den Medizinalräten und Bezirksärzten Dr. Sauer in Bautzen und Dr. Zehlert in Chemnitz, dem Med.-Rat Dr. Dehro, Direktor der Landesanstalt Colditz, dem Oberarzt Dr. Schlegel an der Landesanstalt Arnstorf und dem Prof. Dr. Risel, Vorstand des bakteriologischen Instituts beim Krankenstift Zwickau.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pfeiffer in Rostock zum vortragenden Rat im Ministerium, Abteilung für Medizinalangelegenheiten.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Ernannt: Privatdozent Dr. Reichmann in Jena zum außerordentlichen Professor.

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 12.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Juni.

Vermeidbare Typhusfälle.

Von Dr. E. Richter, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Dessau.

Wenn wir die Notwendigkeit vor uns sehen, nach dem Kriege die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unseres Volkes zur höchsten Leistung zu bringen, so liegt das Bestreben nahe, auch auf dem Gebiete der Gesundheitspflege und Krankheitsverhütung bei gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten das Möglichste, was überhaupt erreichbar ist, zu leisten, um die jetzt bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften daraufhin nachzuprüfen, ob sie noch nach den Erfahrungen des Friedens und des Krieges in allen Punkten dem genannten Ziele entsprechen, oder ob in der Art der Anordnung oder der Ausführung der bestehenden Vorschriften Aenderungen oder Verbesserungen notwendig erscheinen.

Nachstehend soll diese Frage bezüglich des Unterleibstyphus und des Paratyphus näher besprochen werden.

Der Typhus gehört nicht zu den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900, sondern zu den übertragbaren Krankheiten, deren Anzeigepflicht in

Preußen durch das Gesetz vom 28. August 1905 und in sämtlichen anderen deutschen Staaten entweder schon vorher oder später durch Gesetze oder landespolizeiliche Verordnungen geregelt ist, die alle bei fast gleichem Wortlaut mindestens denselben Inhalt haben. Die Anzeigepflicht des Typhusverdachtes besteht nicht allgemein, sie liegt in den meisten Bundesstaaten nur der Polizeibehörde ob, sobald sie vom Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens des Typhus Nachricht erhält; dann hat sie den beamteten Arzt zu benachrichtigen. Beim Verdacht auf Typhus hat die betreffende Polizeibehörde auch das Recht, eine Leichenöffnung vornehmen zu lassen, wenn eine solche der beamtete Arzt für erforderlich hält; sie soll jedoch nur stattfinden, wenn die bakteriologische Untersuchung der Absonderungen und des Blutes zur Feststellung nicht ausreicht oder nach Lage des Falles nicht ausführbar ist.

Es ist nun den Kennern der Sache bekannt, daß meist gerade die nicht erkannten Typhusfälle, deren Verlauf den Verdacht dieser Krankheit beim Publikum nicht erweckt, die Ursache verbreiteter weiterer Erkrankungen sind; es wäre daher sehr wünschenswert, wenn wenigstens ein großer Teil derselben zur Kenntnis der beamteten Aerzte käme und zu vorbeugenden Schritten Veranlassung gäbe. Die unerkannten Verdachtsfälle verlaufen jedoch meist in folgender Weise: Es hat jemand einen Wandeltyphus. Er hat leichte Durchfälle, fröstelt, schleicht umher, ist appetitlos, schlummerig, unlustig zur Arbeit; vom 11. oder 12. Tage an wird es langsam besser, nach 3—4 Wochen fühlt sich der Kranke wieder gesund; es ist ihm eben nach seiner und der Angehörigen Ansicht eine Zeitlang nicht ganz recht gewesen; das ist nun wieder in Ordnung.

Ja, welcher Laie soll denn in solchem Falle, wenn nicht gerade typhöse Erkrankungen in der Familie oder sonst im Orte vorgekommen sind oder nicht ein Hinweis auf die leichtverlaufenden Typhen seitens eines Arztes oder sonstwie erfolgt ist, überhaupt daran denken, einen Typhus vor sich zu haben, und einen Arzt zu holen, falls es sich nicht um einen Kassenkranken handelt, der bekanntlich viel leichter den Arzt holt, schon des Krankengeldes wegen? Ist dann aber auch der Arzt, der bei fehlendem Typhus in der Umgegend nieht gleich an diese Krankheit denken wird, sondern sich häufig mit der Bezeichnung des gastrischen Fiebers begnügen wird, das leider oft noch als besondere Krankheit eine Rolle spielt, gleich bereit und in der Lage, die bakteriologische oder serologische Untersuchung zur Bestätigung etwa auftauchenden Typhusverdachtes oder bei scheinbar leichter Erkrankung die Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus durchzusetzen?

Man sieht, es müssen schon eine ganze Reihe Umstände zusammenkommen, ehe der Arzt überhaupt einen verdächtigen Typhus, der vereinzelt auftritt und vielleicht eine Massenerkrankung einleitet, erfährt. Zur Verhütung gehäufter Er-

krankungen kommt es aber hauptsächlich auf die Erkennung der ersten Verdachtsfälle an. Gesteigert wird außerdem die Gefahr für die Allgemeinheit, wenn sich Personen mit leichten Typhuserkrankungen auf Reisen begeben und dadurch die auch bei den leichtesten Fällen immer vorhandenen spezifischen Krankheitskeime verschleppen, wie dies erfahrungsgemäß durch ausländische Wanderarbeiter geschieht, die eine stete wandelnde Ansteckungsquelle bilden.

In seiner Eröffnungsrede bei der Versammlung der Leiter der bakteriologischen Untersuchungsanstalten am 24. Januar 1914 im Königlichen Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken sagte Geheimrat Dr. Wodke über den Typhus im dortigen Bekämpfungsgebiet:

„Sofern es jetzt noch irgendwo zu einer größeren Ausdehnung des Typhus durch Kontaktketten kommt, kann man ohne weiteres behaupten, daß dort mindestens eine der Komponenten der Bekämpfungstechnik, Anzeigepflicht, Absonderung, Desinfektion sich nicht auf der Höhe befindet. Eine weitere Vervollkommnung nach dieser Richtung wird im Bekämpfungsgebiete immerhin noch möglich sein, und gewährt die Aussicht, daß der Typhus zwar keineswegs zum Verschwinden gebracht werden, aber doch noch etwas zurückgedämmt werden kann, und daß seine Erkrankungs- und Sterbeziffer auf diesem Wege noch um ein Weniges herunter zu drücken ist."

Das wird von einem Bezirk gesagt, in dem die Vorkehrungen zur Bekämpfung des Typhus auf der Höhe stehen und, was wissenschaftliches Aerztepersonal, Untersuchungsanstalten und den Geldpunkt betrifft, auf das eingehendste und sorgsamste geregelt sind; für uns andere, die wir außerhalb des Bekämpfungsgebietes stehen, gilt aber dasselbe Ziel: Vervollkommnung in der Handhabung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und Bekämpfung der ersten Krankheitsfälle, auch der bloßen Verdachtsfälle, sowie das ernsteste Bestreben, das Schmerzenskind der Typhusbekämpfung, die seit ungefähr 15 Jahren in ihrer wahren Bedeutung erkannten Bazillenträger, namentlich diejenigen, die eine allgemeine Gefahr bilden, endlich durch feste allgemein giltige, vom Gesetz streng geregelte Maßnahmen, soweit es möglich ist, unschädlich zu machen.

Aus der vorher angeführten Niederschrift ist zu ersehen, daß im Bekämpfungsgebiet im Südwesten Deutschlands 10,84 Proz. der dortigen Typhuserkrankungen auf unmittelbaren Kontakt mit Bazillenträgern zurückgeführt werden konnten; mit Recht wird dort aber bemerkt, daß der Anteil der Bazillenträger an den Typhuserkrankungen wesentlich steigt, wenn man, wie recht und billig, die mittelbaren Berührungs-Ansteckungen zweiten, dritten und weiteren Grades hinzurechnet, die doch alle auf den ersten Fall zurückzuführen sind.

Sind wir denn nun in der Lage, die erfahrungsgemäß nur in geringer Zahl zur Anzeige gekommenen Verdachtsfälle von Typhus zur häufigeren Anzeige, wie bisher, gelangen zu lassen? M. E. ist dies möglich und ausführbar durch die Vermittelung der Vorstände der Krankenkassen, indem man ihnen klar

macht, daß durch Ueberführung sämtlicher Verdachtsfälle in ein Krankenhaus, also durch sofortige Absonderung eines Krankheitsverdächtigen, die Wahrscheinlichkeit fernerer Ausbreitung und neuer Typhuserkrankungen beseitigt wird. Sie müssen davon überzeugt werden, daß mit dieser Maßregel auch eine große Ersparnis von Kranken- und Pflegegeld verbunden ist, selbst wenn sich einmal der Verdacht auf Typhus nicht bestätigen sollte; dann kommt doch nur das Kranken- und Pflegegeld für eine kurze Zeit, vielleicht für 10—12 Tage, in Betracht, während bei Ausbreitung des Typhus durch einen unbeachteten Krankheitsverdächtigen, selbst wenn sie nur auf eine bis zwei Neuerkrankungen beschränkt bleibt, viel höhere Kosten entstehen. Man braucht ja nur zu bedenken, daß ein richtiger Typhus die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des von ihm Befallenen auf ungefähr drei Monate lahm legt, und die Kosten zu vergleichen, die bei einem Typhusverdächtigen, bei dem es sich meist nur um leichte kürzer dauernde Zustände handelt, verursacht werden, gegenüber denen, die bei einem richtigen Typhus zu zahlen sind, der vielleicht auch noch mit hinzutretenden anderen Erscheinungen, wie Lungenentzündung oder Darmblutung oder Durchliegen verläuft. Bei der jetzt auch im großen Publikum abnehmenden Scheu vor Uebergang in die Krankenhäuser und bei der gesetzlich den Krankenkassen zustehenden Befugnis, Kranke in die Krankenhäuser zu bringen, wenn es nötig erscheint, dürften der Ausführung des vorstehenden Vorschlages wesentliche Bedenken nicht entgegenstehen. Selbstverständlich müßte der Kassenvorstand nur im Einverständnis mit den Kassenärzten handeln, entweder direkt durch gemeinschaftliche Besprechung des entsprechenden Verhaltens bei typhusverdächtigen Personen, oder durch Vermittelung der Oberversicherungsämter für größere Bezirke. Die Kassenkranken, auch leichterer Art, kommen schon des Krankengeldes wegen eher zum Kassenarzt, wie nicht versicherte Leichtkranke; da aber ungefähr zwei Drittel der Bewohner Deutschlands gegen Krankheit versichert sind, dürfte die vorgeschlagene Maßregel eines gewissen Erfolges sicher sein.

Freilich bleibt bei dieser Handhabung der Behandlung Typhusverdächtiger immer noch der Bruchteil unberücksichtigt, der keiner Krankenkasse angehört; aber auch bei diesem dürfte das Beispiel der Kassenmitglieder nicht ohne Wirkung sein, obgleich leider noch immer die Teilnahmlosigkeit des Publikums der Erkenntnis hindernd im Wege steht, daß die Behandlung eines ansteckenden Typhuskranken oder auch nur eines Typhusverdächtigen in einem Krankenhause mit geschultem und speziell auf die Desinfektion am Krankenbett eingeübten Pflegepersonal entschieden sicherer die Hausgenossen vor Ansteckung schützt, als die häusliche Pflege, zumal wenn sie nicht von Personen ausgeübt wird, die mit der Desinfektion der Abgänge vertraut sind. Die Liebe und verwandtschaftliche Teilnahme und Hilfsbereitschaft kann die Ausbildung eines Desinfektors nicht ersetzen. Es kommt hinzu, daß durch die Ausbildung der Desinfektoren auch den

Aerzten eine gewisse Verantwortung für Anordnung der Desinfektion abgenommen ist. Jedenfalls ist im allgemeinen anzunehmen, daß in Fällen, wo die Pflege von Hausgenossen ausgeübt wird, die Desinfektion der Abgänge im Krankenzimmer nicht mit der Sorgfalt ausgeübt wird, wie von einem ausgebildeten gewissenhaften Desinfektor bezw. Pfleger oder Pflegerin.

Nun zu den Bazillenträgern: Im allgemeinen kann man da sagen, daß leider die jetzige Gesetzgebung bezüglich ihrer gesundheitspolizeilichen Behandlung etwas im Rückstande ist, weil die großen Erfahrungen der letzten 10 Jahre in diesem Punkte zur Zeit des Erlasses des Gesetzes zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten noch nicht gemacht waren und deshalb nicht verwertet werden konnten. Die letzten energischeren Verordnungen gegen die Bazillenträger in den Reichslanden, die später genauer besprochen werden, sind endlich aus dem Stadium der Ueberredung der Bazillenträger zur Handhabung der Desinfektion ihres Körpers zum Schutz der Allgemeinheit herausgetreten und bieten positive Vorschläge, die allerdings vom bloß gesundheitlichen Standpunkte betrachtet, noch weitgehender hätten sein können.

Die Frage, ob ein Typhusbazillenträger als krank anzusehen ist, kann nicht zweifelhaft sein. Nach Prigge behält ein Teil der an Typhus Erkrankten typhöse Veränderungen am Gallensystem über die scheinbare Genesung hinaus und wird durch den Uebergang der Entzündung in ein chronisches Stadium zu Dauerausscheidern. Es ist also eine Erkrankung der Gallenwege als Rückstand vorheriger Typhuserkrankung vorhanden. Eine Zusammenstellung von Sektionsergebnissen von Bindseil bei Dauerausscheidern ergab in den meisten Fällen die Gallenblase als Wachstumsort der Bazillen. Meyer hat 1909[1]) bei seinen Untersuchungen des Inhaltes operierter Gallenblasen gefunden, daß bei einem großen Teil der Dauerausscheider als Folge der Entzündung der Gallenblase ein schwerer lebensgefährlicher Zustand, nämlich das Empyem oder ein solcher Grad von akuter Gallenblasenentzündung entsteht, daß eine Operation die einzige Aussicht auf Lebensrettung bietet.

Also ich wiederhole nochmals: Vom Standpunkt der Aerzte und Medizinalbeamten sind die Dauerausscheider als Personen mit kranker Gallenblase anzusehen, die auf ihre Umgebung unter Umständen den Typhus übertragen können.

Ich bin mir dabei wohl bewußt, daß die juristische Auffassung in diesem Punkte bei zu erlassenden gesetzlichen Bestimmungen eine wesentlich andere sein kann.

Die arzneiliche Behandlung der Bazillenträger ist, wie bekannt, bis jetzt sehr unbefriedigend gewesen, indem sie höchstens zeitweilig ein Schwinden der Bazillen zur Folge gehabt haben soll. Dabei bleibt immer noch der Zweifel, ob die Arznei

[1]) Siehe Klin. Jahrbuch; Bd. 22.

gewirkt hat, oder ob man nicht gerade bei deren Anwendung den Zeitpunkt eines der bekannten Ausscheidungszeiten getroffen hat.

Wenn man aber die durch einen überstandenen Typhus verbliebene katarrhalische entzündliche Störung der Gallenblase und ihrer Ausführungswege als geeigneten Nährboden für das Fortwuchern und Bleiben der Typhusbazillen ansieht, so liegt es doch eigentlich nahe, dahin zu streben, den Nährboden so zu verändern, daß die Bazillen auf ihm schlechter, oder gar nicht mehr gedeihen, oder daß sie ihre ansteckenden Eigenschaften ganz oder zum Teil verlieren. Der Versuch dazu könnte mindestens gemacht werden durch systematische Behandlung und Beobachtung einer Anzahl dahin gesendeter Bazillenträger in Badeorten, die erfahrungsgemäß den Stoffwechsel günstig beeinflussen. Es ist doch nicht unlogisch gedacht, durch Heilung und Herstellung der kranken Gallenwege die Bazillen zum Schwinden zu bringen. Versuche sind meines Wissens in dieser Richtung noch nicht gemacht, wenigstens nicht mit der Absicht des Vertreibens der Bazillen.

Ich habe aus diesen Gründen entsprechende Anfragen an sechs Kollegen in Badeorten, die großen Ruf für Heilung von Stoffwechselkranken haben, geschrieben, auch nach einem berühmten Badeorte in Oesterreich. Die Antworten lauteten übereinstimmend dahin, daß zur ausgesprochenen Heilung von Dauerausscheidern der Typhusbazillen überhaupt noch keine Versuche gemacht seien. Aus einem der Antwortbriefe glaube ich sogar eine leise Abwehr gegen etwaige Uebersendung von Dauerausscheidern in die Badeorte zwischen den Zeilen gelesen zu haben.

Jedenfalls erscheint ein Versuch nach der genannten Richtung hin doch wert, zur Ausführung zu kommen. Natürlich wird er ziemlich kostspielig sein, indem die Bazillenträger für Zeitverlust und etwaige Geschäftseinbuße, sowie für den Aufenthalt im entsprechenden Badeorte entschädigt werden müßten. Sodann kommen noch die Kosten der ärztlichen Beobachtung, und der bakteriologischen Untersuchungen sowie die Reisekosten und dergl. hinzu.

Wenn ein praktischer Erfolg dabei herauskäme, d. h. die Bazillenträger durch eine spezifische Kur geheilt werden könnten, so kämen die Kosten überhaupt nicht in Frage gegenüber dem Gewinne, den die Allgemeinheit davon hätte. Nach dem Berichte von Uffelmann über die Fortschritte und Leistungen der Hygiene im Jahre 1912 sind Erkrankungsfälle an Typhus gesundheitspolizeilich gemeldet 12624, von denen 1889, also 14,9 % verstorben sind. Die hohe Sterbezahl wird im genannten Bericht durch die ausgedehntere Auffassung des Krankheitsbegriffes „Typhus" erklärt. Nun wird durchschnittlich die Zahl der sich aus Typhusfällen entwickelnden Dauerausscheider auf 4—7 vom Hundert angegeben; es kämen also, wenn man auch nicht die Höchstzahl rechnet, doch immerhin jährlich etwa

sechshundert heraus. Denkt man sich diese 10 Jahre lang vermehrt, und nimmt als Absterbezahl ein Drittel an, so gibt es in Deutschland immerhin einige tausend Dauerausscheider, die ihre verhängnisvolle Wirkung in der Stille ausüben können, wenn nicht Einhalt geboten wird. Es muß ja zugegeben werden, daß die Gefahr der Dauerausscheider für das Publikum nach Geschlecht, Lebensalter, Bildung, Gewöhnung an Reinlichkeit, Berufstätigkeit und sonstiger Beschäftigung von fast gefahrlosem Dasein bis zu steter Gefahr sehr verschieden ist; gleichwohl ist es nach Kenntnis der Sachlage endlich Zeit, aus der bisherigen Bekämpfungsmethode der Dauerausscheider, die sich — abgesehen von gewissen Maßregeln in Krankenanstalten — eigentlich nur auf dem Gebiete der gütlichen Ueberredung und Aufklärung bewegt, zu einer wirklich wirksamen Bekämpfungsart zu gelangen, trotz aller nicht wegzuleugnenden Bedenken, die auf juristischem und gesellschaftlichem Gebiete liegen.

Im Jahrgang 1914 dieser Zeitschrift, Beilage zu Heft 23 sind die letzten Verordnungen des Königreiches Sachsen und als damals der Zeit nach letzte die Waldeckschen Vorschriften angeführt, die man an dieser Stelle nachlesen wolle. Seitdem ist eine Verordnung des Bezirkspräsidenten in Lothringen vom 5. Oktober 1915 erlassen, die dem erstrebenswerten Ziele der Bekämpfung der Dauerbazillenträger einen Schritt näher kommt. Sie findet sich Beilage zu Nr. 8 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1916, S. 23/24 und lautet:

„a) Die Anzeigepflicht der Typhusbazillenträger.

Auf Grund des Artikels 2 Ziffer 9 des Dekretes vom 22. Dezember 1789 sowie des Artikels 3 Ziffer 5 des Gesetzes vom 16./24. August 1790 verordne ich was folgt:

§ 1. Jeder Wechsel der Wohnung und jeder Wechsel der Arbeitsstelle sowie jeder Ersteintritt in eine solche seitens eines Typhusbazillenträgers ist binnen drei Tagen dem zuständigen Kreisarzte des Wohnortes oder der Arbeitsstelle anzuzeigen. Die Anzeige hat schriftlich nach nachstehendem Muster zu geschehen, und muß die genaue Angabe von Wohnort, Straße, Hausnummer oder die sonst übliche Bezeichnung der Wohnung enthalten. In gleicher Weise ist die Arbeitsstelle zu beschreiben.

§ 2. Die Anzeigepflicht beginnt mit dem Tage der behördlichen Zustellung der Mitteilung an den Betreffenden, daß er auf die Liste der Typhusträger gesetzt ist und erlischt mit dem Tage der Mitteilung über die erfolgte Streichung.

§ 3. Zur Erstattung der Anzeige sind verpflichtet:

a) Die erwachsenen und in selbständigem Arbeitsverhältnisse befindlichen Bazillenträger persönlich. Eheleute können sich vertreten, bei Behinderung des einen Teils ist der andere zur Anzeige verpflichtet.

b) Die Eltern, Pflegeeltern, Vormünder oder der Haushaltungsvorstand für Kinder und sonst unselbständige Mitglieder eines Haushaltes.

c) Die mit Führung der Aufnahmebücher betraute Person, für Insassen eines Krankenhauses oder einer anderen Anstalt.

§ 4. Zuwiderhandlungen werden, sofern nicht nach den sonst bestehenden Gesetzen eine höhere Strafe verwirkt ist, auf Grund des Artikels 471 Ziffer 15 des französischen Strafgesetzbuches bestraft.

§ 5. Die Verordnung tritt am 1. November 1915 in Kraft.

Postkarte.

An den Herrn Kreisarzt zu . . . .
. . . ., den . . . . 1915.

1. Wohnung.

Name . . . . Ort . . . . Wohnung . . . .

verzogen nach

Ort . . . . Wohnung . . . . am . . . .

2. Arbeitsstelle.

arbeitet / ist in Stelle } seit . . . . bei . . . .
Name . . . . Ort . . . . Wohnung . . . .

früher bei

Name . . . . Ort . . . . Wohnung . . . .
Art des Geschlechts . . . .

Unterschrift.

. . . .

b) Vorschriften für Typhusbazillenträger.

1. Soweit es irgend möglich, soll stets derselbe Abort in der Wohnung benutzt werden, weil der Ansteckungsstoff sich im Stuhl oder Urin befindet.

2. Der Abort ist stets peinlich sauber zu halten.

3. Auf dem Abort soll sich stets Papier befinden.

4. Nach jeder Stuhlentleerung, nach jeder Harnentleerung und vor jeder Mahlzeit sind die Hände sorgfältig mit Wasser und Seife zu waschen. Es empfiehlt sich, die Fingernägel kurz zu schneiden.

5. Der Bazillenträger soll ein Bett für sich allein und ein eigenes Handtuch benutzen.

6. Die gebrauchte Bett- und Leibwäsche ist gesondert von der Wäsche der übrigen Wohnungsgenossen aufzubewahren und in Seifenwasser gut zu kochen, bevor sie zusammen mit der übrigen Wäsche gewaschen wird.

7. Der Bazillenträger soll die Aufbereitung seines Bettes und das hantieren mit der Wäsche nach Möglichkeit selbst besorgen. Wenn dies ausnahmsweise durch eine andere Person geschieht, ist gewissenhaft darauf zu achten, daß diese Person sich jedesmal nachher die Hände mit Wasser und Seife wäscht.

8. Der Bazillenträger soll sich von der Herstellung und vom Verkauf von Nahrungsmitteln unbedingt fern halten. Er soll auch die Speisebereitung für seine Hausgenossen unterlassen.

9. Der bakteriologischen Anstalt in Metz ist auf deren Ersuchen Stuhl und Urin zur Untersuchung einzusenden.

10. Dem Kreisarzte ist Meldung zu machen

1. bei jedem Wohnungswechsel;
2. bei jedem Wechsel der Arbeitsstelle gemäß Bezirkspolizeiverordnung vom 5. Oktober 1915;
3. wenn die Abortgrube bis zu drei Vierteln gefüllt ist; rechtzeitige und kostenlose Desinfektion wird veranlaßt werden."

In eine Kritik der Verordnung hier einzutreten, beabsichtige ich nicht, obwohl auch sie die bei jetziger Lage der Gesetzgebung unvermeidlichen schwachen Punkte hat. Der hauptsächlichste davon ist, daß eine gesetzliche Bestimmung nicht besteht, wonach nicht nur sämtliche anzeigepflichtige Krankheitsfälle, sondern auch sämtliche Genesungsfälle in der Form anzeigepflichtig gemacht werden, damit die Polizeibehörde bezw. der Kreisarzt von allen Fällen, auch von den in der privaten Praxis behandelten Fällen, Kenntnis erhält. Nur auf dieser Grundlage läßt sich die Angelegenheit der Bazillenträger

weiter ausbauen. Zum Schluß dieser Abhandlung werde ich entsprechende Vorschläge machen und bemerke nur noch, daß neuerdings auch von der Militärverwaltung sehr zweckmäßige Vorschriften zur Behandlung von Typhusbazillenträgern nach ihrer Genesung und Entlassung in die Heimat gegeben sind, deren Beachtung den Zivilbehörden in den einzelnen Bundesstaaten aufgegeben ist (siehe die Verordnung des Kriegsministers vom 6. April 1916 und die des preußischen Ministers des Innern vom 21. Februar 1916; Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 6 und 10 dieser Zeitschrift, Seite 27 und 57).

Daß neuerdings die Entdeckung gemacht ist, wonach es Bazillenträger gibt, die nicht nur im Kot und Urin, sondern im Munde Typhusbazillen beherbergen, soll nur der Vollständigkeit wegen erwähnt werden.

Ob die Typhusschutzimpfung, deren Nutzen in den entsprechenden Berichten, namentlich in der Berliner klinischen Wochenschrift in den Arbeiten von Goldscheider und Hüppe als zweifellos wirksam für die ins Feld ziehenden Soldaten dargestellt wird, in Friedensverhältnissen stark in Anspruch genommen werden wird, steht dahin. Wer vorsichtig ist, kann den Typhuskranken daheim im Frieden aus dem Wege gehen, was der Feldsoldat durchaus nicht immer kann, zumal er doch fast niemals weiß, ob in den Quartieren, die er bezieht, nicht vorher Typhuskranke gelegen haben. Gleichwohl verlangt Hüppe auch im Felde als Voraussetzung für die Wirksamkeit der Schutzimpfung hygienische Maßnahmen in bezug auf die Umgebung des Lagers, Entwässerung, Entfernung der Abfallstoffe und entsprechende Ernährung bis in die Schützengräben hinein. In Friedenszeiten müßten entschieden auch die nötigen Versuche und Untersuchungen von geeigneter Stelle gemacht werden, ob die Typhusschutzimpfung etwa einen Einfluß auf die Bazillenträger hat, insofern, als festgestellt wird, ob nach der Impfung etwa die Bazillen schwinden, und wie lange sie wegbleiben. Es müßte auch noch genauer festgestellt werden, ob die verschiedenen Typhusstämme mehr oder weniger empfindsam gegen die Schutzimpfung sich zeigen.

Alles in allem, der Kampf gegen die Wirksamkeit der Typhusbazillenträger befindet sich bei der jetzigen Lage der Gesetzgebung doch nur in den ersten Anfängen; er muß auf eine feste gesetzliche Grundlage gestellt werden. Als solche empfiehlt sich m. E. folgende:

1. Da Unterleibstyphus und Paratyphus zurzeit zu den übertragbaren Krankheiten gezählt werden, deren Bekämpfung und Verhütung den einzelnen Bundesstaaten obliegt, deren Geneigtheit zu Geldopfern, die dabei unbedingt gefordert werden müssen, doch nicht immer eine gleichmäßige sein wird, so müßte zur Erzielung der Einheitlichkeit der Bekämpfung der Typhus in die Reihe der Krankheiten versetzt werden, deren

Bekämpfung und Abwendung vom Reich geordnet und geregelt wird.

Weiterhin müßte die Anzeigepflicht für alle Genesungsfälle an Typhus eingeführt werden und zwar in der Weise, daß jeder Arzt, der einen Typhuskranken privatim oder in einem Krankenhause behandelt, verpflichtet wird, dessen Genesung und Entlassung aus der Behandlung derselben Stelle, wie die Erkrankung zu melden. Unter „Genesung" ist der Zeitpunkt zu verstehen, an dem der bisherige Typhuskranke in seinen Beruf und seine frühere Tätigkeit zurücktritt. Ob er wirklich genesen, d. h. bazillenfrei ist, soll erst noch festgestellt werden.

Jeder geheilte Typhuskranke wird in eine Liste eingetragen und ihm ein Merkblatt für das Verhalten von Bazillenträgern ausgehändigt. Es wird ihm außerdem die, wenn nötig, polizeilich zwangsweise durchzuführende Verpflichtung auferlegt, jeden Monat des ersten Vierteljahres nach seiner Entlassung aus der Behandlung in festzustellenden Zwischenräumen einmal Kot und Urin zur bakteriologischen Untersuchung auf Typhusbazillen bereit zu stellen. Die Abholung der zu untersuchenden Stoffe und deren Vorbereitung zur Verschickung an das nächste hygienische Untersuchungsamt erfolgt durch einen dazu ausgebildeten Desinfektor. Die Gefäße zur Versendung liefert durch Vermittelung der Apotheke das Untersuchungsamt, mit dem entsprechende Verträge abzuschließen sind. Natürlich müssen die schon bekannten Typhusbazillenträger ebenso behandelt werden.

Ergibt die nach drei Monaten erfolgte dritte Untersuchung der Abgänge, daß keine Bazillen mehr ausgeschieden werden, so bekommt der Betreffende die Auflage, noch zweimal je nach Ablauf von sechs Monaten Material zur bakteriologischen Untersuchung in derselben Weise, wie früher, abzugeben. Er ist jedoch zu verpflichten, etwaigen Wohnungswechsel der zuständigen Polizeiverwaltung anzuzeigen, die solche sodann dem Kreisarzte des bisherigen Wohnsitzes, sowie auch dem für den neuen Wohnsitz zuständigen Kreisarzte mitzuteilen hat, möglichst mit einem kurzen Bericht über Zeit der Erkrankung, Beruf und das Ergebnis der bisherigen Untersuchungen.

Selbstverständlich sind diese Maßregeln mit dem nötigen Takte und ohne jede unnötige Bloßstellung des Betreffenden auszuführen.

Ergibt die also fünfte Untersuchung nach Ablauf von 15 Monaten Bazillenfreiheit, so ist der Betreffende nicht mehr als Bazillenträger zu betrachten und sowohl aus der Beobachtung zu entlassen, als von der Verpflichtung zu entbinden, Kot und Urin zur Untersuchung einzusenden.

Die vorsichtige Benutzung der Abtritte, die Reinlichkeit, die Waschungen der Hände nach jeder Stuhl- bezw. Urinentleerung müssen gefordert werden; m. E. aber nicht in allgemeinen Formen, die die Verhältnisse nicht genügend berück-

sichtigen können. Hier muß vielmehr die Wirksamkeit des Kreisarztes, der die Insassen seines Kreises in ihren Gewohnheiten genau kennt, in Berücksichtigung ihrer Eigenart eintreten. Was nützen Vorschriften, die Benutzung des Wasserspülklosetts und sonstiger Vorrichtungen im Auge haben und auf den Groß- und Mittelstädter zugeschnitten sind, dem bäuerlichen Einwohner eines ost- oder westpreußischen Dorfes oder einer Kleinstadt, die derartige Einrichtungen kaum dem Namen nach kennen, ja, die vielleicht gewohnt sind, in der freien Natur auf dem Felde oder in einer Hof- oder Gartenecke ihren Kot und Urin abzusetzen? Hier hat also der Kreisarzt, dem Begriffs- und Kenntnisvermögen der Kreisbewohner entsprechend, die nötigen Maßregeln zu besprechen und anzuordnen.

Wo bei dauerndem Bestehen der Typhusbazillen-Absonderung Berufswechsel in Frage kommt, muß dem Betreffenden möglichste Erleichterung dazu von amtlicher Stelle gewährt werden. Es braucht dies vielleicht nicht immer in einer Geldleistung oder Unterstützung zu geschehen, sondern kann auch in anderer Weise durch eine Anstellung oder dergl. ins Werk gesetzt werden.

Die gefährlichen Berufe sind zunächst die, in denen Bazillenträger mit Eß- und Trinkwaren, Milch, Back- und und Konditoreiwaren, Gemüse jeder Art in Berührung kommen, d. h. diese mit den Händen berühren müssen, also Bäcker, Konditoren, Kellner und Kellnerinnen, Küchenarbeiterinnen und Köchinnen, Gärtner und Gartenarbeiter, Brauknechte, Bedienstete in Weinhandlungen, in zweiter Linie Menschen, die mit Dingen handeln, die man an den Mund bringt, wie Kinderspielzeug, Zigarrenspitzen und Pfeifen usw. Wer suchen will, wird leicht noch die Reihen der angeführten Berufe vermehren können.

Die Berufe bieten verschiedene Gefahrenklassen. Während z. B. ein reinlicher Kaufmann, ein Bankier oder ein Büroarbeiter, falls er Typhusbazillenträger ist, höchstens einmal z. B. bei Durchfall oder wenn er sonst durch Zufall sein Bett oder seine Wäsche beschmutzt, seiner Waschfrau schädlich werden kann, wenn sie die an der Wäsche klebenden Kotteile verstäubt und einatmet, ist eine Kellnerin, die mit Typhusbazillen verunreinigten Händen ihren Gästen Bier, Wein oder Speisen zuträgt, eine stete Gefahr für ihre Gäste, wenn diese nachher zufälllig mit den Händen oder Lippen die Stellen des Geschirrs berühren, wo sie angefaßt hat. Die Gäste brauchen sich dann bloß mit der Hand Lippen und Mund zu wischen, oder Brot anzufassen, das sie nachher verzehren, um sich bei einigermaßen ungünstigem Zusammentreffen der Umstände auch einen Typhus mit nach Haus nehmen. Nachforschung, woher? Erfolglos!

Kommen wir einmal dahin, wie vorstehend angedeutet ist, dann sind wir auch in der Lage, Typhusträger von gewissen Stellungen, wenn nötig, zu entfernen, oder überhaupt gar nicht in diese einrücken zu lassen.

Ich habe in einer früheren Arbeit erwähnt, daß eine Schwester von der Tätigkeit in einem Feldlazarett zurückgewiesen wurde, weil sie einmal Typhus gehabt hatte und den Nachweis nicht erbringen konnte, daß sie bazillenfrei war. Die logische Folge davon ist doch die, wenn wir die Zurückweisung für richtig halten, daß in Zukunft Lazarette, Krankenhäuser jeder Art, Ausbildungsstätten für Pflegerinnen, Krankenpflegeschulen usw. von ihren Aerzten, Schwestern und sonstigem Personal vor deren Eintritt die Beibringung eines amtlichen Zeugnisses verlangen müßten, daß sie bazillenfrei sind, damit sie für ihre Schutz- und Pflegebefohlenen nicht eine stetige Gefahr bilden.

Außerdem müßte jeder neueingetretene Kranke auf seine Eigenschaft als Typhusbazillenträger untersucht werden.

2. Wenn wir wissen, daß mit der Eigenschaft als Typhusbazillenträger auch die Tatsache verbunden ist, daß die Gallenwege der Betreffenden mehr oder weniger krank sind und bleiben, so ist es notwendig, daß systematische Versuche angestellt werden in den Bädern, die zur Heilung des Stoffwechsels dienen, ob es nicht möglich ist, durch Aenderung des Nährbodens der Typhusbazillen ihnen die Wachstums- und Gedeihungsmöglichkeit zu entziehen. Es ist doch eigentlich anzunehmen, daß mit der Heilung eines vom Typhus zurückgebliebenen Krankheitszustandes auch die Bazillen schwinden werden. Natürlich entstehen hier ziemliche Kosten 1. durch Entschädigung des Typhusträgers für entgangenen Geschäftsverdienst, 2. durch die Kosten des Aufenthaltes und der Kur in einem Kurorte; aber wenn der Erfolg eintreten sollte, was keineswegs ausgeschlossen ist, so kommen die Kosten dem Nutzen der Kur für die Allgemeinheit gegenüber gar nicht in Betracht.

Als Kurorte schweben mir vor: Karlsbad, Wiesbaden, Homburg, Neuenahr und die ganze Zahl der Bäder, die jährlich in ihren Anzeigen sich der Erfolge bei Stoffwechselerkrankungen rühmen.

3. Es müssen auch systematische zahlreiche Untersuchungen nach der Richtung hin angestellt werden, ob nicht die Typhusschutzimpfung eine Einwirkung günstiger Art auf die Bazillenträger ausübt, und das Schwinden bezw. Absterben der Bazillen zur Folge hat. Bei der angenommenen Unschädlichkeit der Schutzimpfung für die meisten Menschen und bei ihrem Zweck, als Schutz zur Abwehr bzw. Ueberwindung der in den Körper gelangenden typhösen Krankheitskeime, können ausgedehnte Untersuchungen über die Wirkung der Schutzimpfung auf bekannte Bazillenträger der Sache nur dienen. Die Versuche müssen auch dahin ausgedehnt werden, ob der Schutz der Impfung oder ihre Wirkung auf das Weiterbestehen der Bazillen nur ungefähr sechs Monate dauert, wie es bei Gesunden jetzt angenommen wird, oder ob sich die Wirkung, falls sie eintritt, auf längere Zeiträume erstreckt.

4. Der Hinweis auf die Vorteile für die Krankenkassen, die eine schnelle Ueberführung der typhusverdächtigen Kassenmitglieder in Krankenhäuser für die Kassen selbst in Beziehung auf den Geldpunkt und für die Allgemeinheit durch Verminderung der Ansteckungsgelegenheit bietet, könnte durch die Oberversicherungsämter ganz allgemein geschehen, ebenso der Hinweis an die Vorstände der Krankenkassen über entsprechende Vereinbarungen mit den behandelnden Kassenärzten.

Wir haben es in den letzten Jahrzehnten erlebt, daß Dinge, die erst als unausführbar galten, jetzt alltäglich sind, Als z. B. in den Jahren kurz nach Erlaß des Impfgesetzes von einem Kollegen in München der Vorschlag gemacht wurde, die allgemeine Impfung mit Tierlymphe einzuführen, wurde ihm unzweideutig dargelegt, daß er wohl eigentlich ins Irrenhaus gehöre, und als die ersten tastenden Versuche für die jetzigen Seuchengesetze gemacht, und in den Vereinen für öffentliche Gesundheitspflege besprochen wurden — wer von den Aelteren unter uns erinnert sich nicht der Entrüstung über den Eingriff in die persönliche Freiheit der Kranken und Aerzte, den die — Anzeigepflicht — bedeuten sollte! Wir haben im jetzigen Kriege gesehen, was ein festes energisches Zugreifen ohne Rücksicht auf den Geldpunkt in der Seuchenbekämpfung zum Glück für uns bedeutet hat; — es ist keine schwere Seuche im Lande zu größerer Ausdehnung gekommen. Die im Kriege gewonnenen Erfahrungen sollten im Rahmen der Friedensverhältnisse auch für uns maßgebend sein.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Neuere Erfahrungen über Kindesmord. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann-Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1915, Nr. 24.

Beim Kindesmord handelt es sich fast immer um Personen, die bis dahin gänzlich unbestraft sind und auch sonst, abgesehen von ihrem geschlechtlichen Fehltritte, ein tadelloses Leben geführt haben, so daß sie in ihrer unglücklichen Lage meist der Teilnahme wert erscheinen. Aerzte wie Gerichtsärzte nehmen dagegen nicht selten von vornherein eine der Beschuldigten nicht günstige Stellung ein, die zur unrichtigen Begutachtung des Falles führt, weil die Erfahrungen an ärztlich geleiteten Geburten ohne weiteres auf die heimlich, ohne sachverständigen Beistand erfolgenden übertragen werden. Man wird z. B. bei heimlichen Geburten in hohem Grade mit der Möglichkeit einer Sturzgeburt, einer Ohnmacht der Gebärenden, krankhaften Bewußtseinsstörungen, die zu etwaigen Gewalttaten führen, rechnen müssen. Desgleichen sind manche scheinbare Spuren äußerer Gewalt am Körper des Neugeborenen auf Wirkungen des Geburtsvorganges zurückzuführen, z. B. Blutungen in die Nebennieren und an anderen Stellen des Körpers, selbst Strangnarben durch Umschlingung der Nabelschnur, natürliche Verknöcherungslücken und Spalten am Schädeldache usw., Erscheinungen, die auch bei ärztlich geleiteten Geburten beobachtet werden. Zur aufklärenden Erläuterung werden von dem Verfasser 12 Fälle aus seiner gerichtsärztlichen Tätigkeit mitgeteilt, darunter 2 Eimer- und 2 Klosettgeburten. Fünfmal war Schwächezustand nach der Geburt als Ursache der Nichtversorgung der Neugeborenen angegeben. In zwei Fällen hatten die Beschuldigten Fremdkörper in den Mund des Kindes gesteckt; trotzdem erfolgte ihre Freisprechung, weil die Geschworenen annahmen, daß dieses Hineinstecken nicht eigentlich in der Absicht der Tötung, sondern nur in der Absicht geschehen

sei, das Schreien der heimlichen Geborenen und die Entdeckung der Geburt zu verhindern. Bei einem Fall bot besonderes Interesse die Frage der Lebensfähigkeit; es handelte sich hier um einen angeborenen Zwerchfellbruch, bei dem sich Därme und Milz in der linken Brusthöhle befanden, die linke Lunge ganz klein und aplastisch, die rechte luftleer war. Rpd.

Kriminelle Fruchtabtreibung mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Ostpreußen. Von Privatdozent Dr. Benthin. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 18.

B. verfügt über ein Material von 7786 Aborten. Die Zahl der Verurteilungen wegen Abtreibung hat im ganzen Deutschen Reich von 1902 bis 1911 zugenommen; die absolute Zahl ist von 450 auf 800 gestiegen; ebenso offensichtlich ist der Anstieg bei Berechnung auf 100000 Personen. Die Häufigkeit der kriminellen Aborte wird in Klinik und Praxis auf 12—13 %, für Halle auf 90 %, für Moskau und Wilna auf 75 % aller Aborte geschätzt. In den großen Städten kommen artifizielle Aborte doppelt so häufig vor wie auf dem Lande. In allen Ständen wird abgetrieben, von den Verheirateten nach B.'s Feststellungen sogar mehr als von ledigen Personen. In mehr als der Hälfte aller Fälle (51,7 %) wurde die Abtreibung angeblich eigenhändig vorgenommen, in 30,4 % (bezogen auf alle kriminellen Aborte in 14,8 %) hatte eine Hebamme ihre Hand im Spiele, in 3 Fällen eine Pfuscherin, in 2 Fällen ein Arzt, in 3 Fällen der Bräutigam oder Ehemann. In Wirklichkeit ist der Prozentsatz, in dem dritte Personen beteiligt sind, höher.

Morbidität und Mortalität der kriminellen Aborte sind recht hoch; erstere beträgt 50 %, letztere 11,4 %. Jedenfalls sterben an den Folgen krimineller Eingriffe viel mehr Frauen als im Kindbett bezw. am Kindbettfieber. Nach komplizierten febrilen Aborten, die häufig kriminellen Ursprungs sind, bleiben nur $^2/_5$ der Frauen beschwerdefrei. Nicht weniger als 22 % von 50 % aller Frauen, die einen septischen Abort durchgemacht hatten und wieder gesund geworden waren, abortierten! Physiologischerweise kommt für gewöhnlich auf 8—10 Geburten 1 Abort; hier ist das Verhältnis wie 5 zu 1 bezw. 2.

Interne Abtreibungsmittel oder äußerlich angewandte, wie Bäder, sind an sich unschuldiger. Die größere Zahl der Schwererkrankungen und Todesfälle ist instrumentell bedingt; von 27 Todesfällen waren 8 mit Sicherheit auf die Anwendung der Mutterspritze zurückzuführen. Die Abtreibungsmanöver sind wegen der Infektions- und Verletzungsgefahr viel gefährlicher als innere Abtreibungsmittel. Am ungünstigsten verlaufen die mit hämolytischen Streptokokken infizierten Fälle; 80—90 % dieser Aborte sind artifiziell erzeugt. An größeren Verletzungen sind nachgewiesen: Blasenverletzungen (1 mal durch Mutterspritze), Perforation des Uterus und hinteren Scheidengewölbes, Verletzungen der Zervix, der Portio, der Arteria uterina. Die Gefahr der Verblutung tritt zurück; nur in 8—10 % der Aborte sind lebensbedrohliche Blutungen beobachtet.

Ueber die Gründe der Fruchtabtreibung liegen B. in 503 Fällen bestimmte Angaben vor. Es wurden beim Ansinnen, den Abort einzuleiten, geltend gemacht in 30,4 % schlechte soziale Verhältnisse, in 28,8 % Kinderreichtum, in 25,4 % Bequemlichkeitsgründe, in 4,9 % eigene Krankheit oder Krankheit in der Familie, in 13,7 % Furcht vor Schande, in 1,3 % Furcht vor der Geburt, in 0,4 % Furcht vor kranker Nachkommenschaft.

Der Kampf gegen die Fruchtabtreibung kann nach B. nicht eher erfolgversprechend geführt werden, als bis das Kurpfuscherverbot durchgeführt ist. Außerdem wird empfohlen: Die Anzeigepflicht für fieberhafte „septische" Aborte, das Verbot des Verkaufs auch zur Fruchtabtreibung geeigneter konzeptionsverhindernder Mittel (Mutterspritze, Intrauterinpessare), die Beaufsichtigung des Hausierhandels und Inseratverbot, ferner Hebung des Hebammenstandes und Kontrolle der Privatentbindungsanstalten. „Auch hier gilt es zu handeln!" Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Kenntnis der Sektionsbefunde bei Pilzvergiftungen. Von Ass.-Arzt Dr. Ernst Lyon-Berlin. Aus dem Pathol. Institut (Prof. Dr. L. Pick) und der I. inneren Abteilung (Prof. Dr. Stadelmann) des städt. Krankenhauses im Friedrichshain (Berlin). Medizinische Klinik; 1916, Nr. 9 und 10.

Die Sektionsbefunde bei den Vergiftungen durch die einzelnen Pilzarten stimmen keineswegs überein. Bei der Fliegenpilz-(Amanita muscaria) Vergiftung finden sich keinerlei Veränderungen, die auf Blutdissolution durch das Pilzgift hinweisen, nur geringer Magen-Darmkatarrh und Verfettung der Organe. Bei der Vergiftung mit dem Knollenblätterschwamm (Amanita phalloides seu bulbosa) findet sich nach einigen Autoren ausgesprochene Haemolyse, nach anderen nicht. Das Fehlen von Ikterus und Haemoglobinurie ist kein Beweis für das Fehlen von Blutzerstörungen. Neben dem hämolytisch wirkenden Phallin kommen wohl noch andere Alkaloide in Betracht. Es finden sich eine Leberverfettung wie bei der Phosphorvergiftung, fettige Degeneration der Nieren, des Herzmuskels und der Skelettmuskulatur, Ekchymosen in den serösen Häuten und zahlreichen Organen, Schwellung der Peyerschen Plaques, solitären Follikel und Mesenterialdrüsen. Die pathologisch-anatomischen Befunde bei einer Kombination von Vergiftung mit Amanita phalloides und Russula emetica (Speiteufel) und bei Intoxikation mit Russula emetica allein stimmen ziemlich mit den bei Knollenblätterschwamm beschriebenen Veränderungen überein. Ueber Vergiftungen aus der Gruppe Lactarius und von Agaricus torminosus (Giftreizker) ist nichts Typisches bekannt. Die durch die Morchel (Helvella exulenta) hervorgerufenen Vergiftungen zeigen die Wirkung eines Blutgiftes. Die hämolytische Wirkung kommt der Helvellasäure zu; daneben kommt noch ein Gift mit Wirkung auf das Zentralnervensystem in Betracht. Nach Bostroem ist nur die Schwellung und Hyperämie der Milz und Nieren besonders bemerkenswert, außerdem bestehen Fettleber und geringer Ikterus. Ausführliche Befunde erhob durch histologische Untersuchung Lövegren; u. a. fanden sich Symptome des Blutzerfalls, während Haemoglobinurie fehlte. Nach Tierversuchen entsteht eine Haemosiderosis der Niere. Bei der Morchelvergiftung ist daher die Hämolyse mit ihren klinischen und anatomischen Folgen sicher.

Verfasser berichtet über einen Fall von Pilzvergiftung, der erst durch die Sektion aufgeklärt wurde. Es handelte sich um einen klinisch und pathologisch genau beschriebenen Fall, der protrahiert mit starker Haemolyse einherging. Wie sich durch die Anamnese nachher feststellen ließ, hatten sich die Erscheinungen akut an den Genuß von Pfefferlingen (Cantharellus cibarius) angeschlossen. Es ergab sich bei der Sektion folgendes: Kolossale Haemosiderosis der Nieren, ausgedehnte Pigmentierung der Leber und Milz, Thrombose der intrahepatischen Aeste der Lebervenen, des Milzvenenstammes, des Sinus sagittalis sup. und der Pialvenen über der linken Großhirnkonvexität (mit ausgedehnter Erweichung im l. Hinterhauptlappen. Die Pigmentierung der Nieren (Haemosiderosis), Leber und Milz und die Thrombosierung der Venen sind Folgen der durch das Pilzgift bewirkten Haemolyse. Unter den bekannten Pilzgiften dürfte wohl am ehesten das Morchelgift in Frage kommen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Denkschrift über die Errichtung kriminalistischer Institute. Deutsche Strafrechts-Zeitung; 1916, Sonderbeilage zu Nr. 1/2.

Die in Nr. 5 dieser Zeitschrift S. 149 kurz erwähnte Denkschrift über die Errichtung kriminalistischer Institute, die von Regierungsrat Dr. Lindenau, Geh. Justizrat Prof. Dr. v. Liszt und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann vor kurzem dem preußischen Unterrichtsministerium eingereicht ist, liegt jetzt im Wortlaute vor. Nach einem kurzen Ueberblick über die bisherige Entwicklung der Strafrechtswissenschaft und ihre Hilfswissenschaften: Gerichtliche Chemie und Medizin, Kriminalpsychologie als Verhörlehre und Kriminalistik, wird die große Bedeutung dieser Nebenwissenschaften für die Beweislehre hervorgehoben und erwähnt, daß schon verschiedene Kulturstaaten (die Schweiz, Oesterreich, Frankreich, Rußland und Italien, in neuester Zeit auch Ungarn) dieser Forderung durch Errichtung kriminalistischer Institute, die eine der Neuzeit entsprechende Reform des strafrechtlichen Unterrichts ermöglichen, Rechnung getragen haben. Sollen die Ergebnisse der Kriminalogie und Kriminalistik Gemeingut der Rechtspflege werden, so müssen die Grundlagen bereits der studierenden Jugend übermittelt werden und die Universität die Trägerin dieses Unterrichts sein. Eine unerträgliche Ueberlastung des Studienganges ist davon nicht zu befürchten, der aus dem fesselndsten Lebens-

gebiete geschöpfte rein praktische Unterrichtsstoff wird vielmehr für die Studenten eine willkommene Zukost zu den trockenen Rechtsdisziplinen bilden. Der Wert der strafrechtlichen Hilfswissenschaften darf weiterhin nicht für den zukünftigen angehenden Verwaltungsbeamten, für den Mediziner, besonders für den beamteten Arzt und Gerichtsarzt nicht unterschätzt werden. Aber auch über das Universitätsstudium hinaus muß bei allen an der Strafrechtspflege beteiligten Rechts- und Verwaltungsbehörden volles Verständnis für die Lehren der Kriminalogie und Kriminalistik verlangt werden. Die Uebermittlung dieser Kenntnis ist nur durch die Errichtung von Spezialanstalten möglich, deren Lehrkörper zweckmäßigerweise jedoch nicht ausschließlich aus Universitätslehrern, sondern auch aus geeigneten Kräften der Staatsverwaltung, besonders der Polizeiverwaltung, oder sonstigen Vertretern der Praxis zusammengesetzt wird. Für den Anfang würde sich die Einrichtung von Spezialkursen in solchen Großstädten empfehlen, die in den Einrichtungen einer modern ausgestatteten Kriminalpolizei und den Lehrkräften wie Lehrinstituten einer Universität alle Elemente enthalten, aus denen sich die Kriminalkurse zusammensetzen. Als Beispiel für die Art der Durchführung der geforderten Einrichtung werden der Eingabe dann die Berliner Verhältnisse zugrunde gelegt; hier verfügt die Kriminalpolizei in der Abteilung für den Erkennungsdienst über ein vorzügliches Lehrmaterial (Kriminalmuseum, Handschriftensammlung, kriminalistische Bibliothek, Kriminalarchiv, Hilfsmittel der Personenidentifikation); auch ein chemisches Laboratorium ist vorhanden. Weiterhin kommen in Berlin das kriminalistische Institut der dortigen Universität und vor allem die Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde mit dem damit räumlich verbundenen Leichenschauhause mit ihrem außerordentlich reichen Material als heranzuziehende Lehrinstitute in Betracht. Eine räumliche Vereinigung aller dieser Institute sei vorläufig gar nicht erforderlich; es lasse sich auch ohnedem ein Kriminalinstitut schaffen, und zwar zweckmäßig in Verbindung mit einer Universität, da es vorwiegend Unterrichts- und Forschungszwecken dienen soll. Abgesehen von seiner Aufgabe als Unterrichtsanstalt für Studierende ist das Institut namentlich zur Abhaltung von Fortbildungskursen für Staatsanwälte, Richter, Polizeibeamte, Gerichtsärzte usw. nutzbar zu machen. Die Unkosten würden jährlich keineswegs sehr erheblich und auf nicht mehr als 20000 Mark zu schätzen sein. Rpd.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Neuere Erfahrungen über Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung. Von F. Straßmann. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; 3. Folge, I. Bd., 1. H., 1916.

Verfasser teilt zunächst einen Fall von einem sogenannten „Familienmörder“ mit, der durch eine Anzahl von Schüssen seine 75jährige Großmutter und deren Schwester getötet sowie seinen ebenfalls 75jährigen Großvater schwer verwundet hatte. Es handelte sich hier um einen 32 Jahre alten Hauseigentümer, der von Mutter und Vater her erblich schwer belastet war, schon immer Zeichen von krankhafter psychopathischer Anlage (Unstetheit, Berufslosigkeit, absonderliche Lebensweise, abnorme Entwicklung) gezeigt hatte, auf deren Boden sich dann im Verlauf der letzten Jahre allmählich eine ausgesprochene Geisteskrankheit (Paranoia) entwickelt hatte. Sie bildete die Ursache seiner teils einen hypochondrischen, teils persekutorischen Charakter zeigenden Wahnideen; namentlich wurde er von Verfolgungsideen beherrscht, die ihn schließlich zu seiner verhängnisvollen Tat führten. Str. erklärte ihn daher als zurechnungs- und verhandlungsunfähig; infolgedessen wurde das Strafverfahren gegen den Angeklagten eingestellt und seine Unterbringung in eine Irrenanstalt wegen gemeingefährlicher Geisteskrankheit veranlaßt; hier wurde Dementia paranoides festgestellt. — Die beiden anderen mitgeteilten Fälle betreffen sogenannten „erweiterten Selbstmord“, in dem das ursprüngliche Motiv der Selbstmord bildet und die Tötung der anderen — in der Regel kindlicher — Familienmitglieder durch Vater oder Mutter geschieht, um sie nicht hilflos und allein zurückzulassen. In dem einen Fall handelte es sich um eine zarte, geistig debile, in unglücklicher Ehe lebende Frau, der ihr Ehemann am Tage der Tat Schläge mit einem Stuhl auf den Kopf und Körper versetzt hatte, und die danach in ihrer Verzweiflung beschlossen hatte, mit

ihrem Kinde (durch Oeffnung der Gasbähne) aus dem Leben zu scheiden, was ihr jedoch nicht gelang. Bei dem anderen derartigen Fall waren die Verhältnisse fast die gleichen, nur war hier der mitvergiftete 1¼ Jahre alte Knabe gestorben. Dem Verfasser wurde infolgedessen die Frage vorgelegt, ob und eventuell in wieviel Zeit nach dem Aufdrehen der Gashähne in der Küche der Knabe an Gasvergiftung gestorben sei? In beiden Fällen ist es nicht zu einer Verurteilung der Angeklagten gekommen. Rpd.

Zur Prophylaxe der Roheitsverbrechen und militärischen Vergehen unter besonderer Berücksichtigung der Kriegszeit. Von Sanitätsrat Dr. Bonne-Hamburg, Oberstabsarzt d. Res.

Nach den Erfahrungen, die Heusch gemacht hat, sind am Kriegsgericht 47—67%, beim Standgericht 38—100%, bei den disziplinarisch erledigten 50—62% aller Fälle unter dem Einflusse des Alkohols zustande gekommen; davon entfallen 55—70%, 50—80% bzw. 60—81% auf Sonn- und Feiertage. Verfasser hat ebenfalls untersucht, inwieweit diese Roheitsverbrechen und Widersetzlichkeiten gegen die Staatsgewalt durch den Alkoholgenuß bedingt sind. Er hat dabei wieder die von allen Psychiatern festgestellte Beobachtung gemacht, daß sie viel öfter auf akute Alkoholvergiftung als auf chronischen Alkoholismus zurückzuführen sind, und außerdem hauptsächlich zwei Umstände in Betracht kommen: Die durch die alkoholische Vergiftung bewirkte Lähmung der durch Erziehung, Elternhaus, Disziplin usw. erworbenen Hemmungen und die erhöhte Suggestibilität, die durch Lähmung der Peripherie des Bewußtseins herbeigeführt wird. Empfindungsreize wirken als auslösende Momente für die erhöhte Aktivität; auch Erinnerungsbilder und sonstige Reize lösen im Zustande beginnender Gehirnlähmung Tätlichkeiten, Abwehrakte usw. aus. Solche Abwehrakte scheinen zwar, namentlich für den Laien, in bewußtem Zustande und in zweckmäßiger Weise vor sich zu gehen, in Wirklichkeit sind sie aber den automatisch mit Schimpfen, Fluchen usw. einhergehenden Abwehrbewegungen der Chloroformierten gleichzustellen.

Gleiche Mengen Alkohol wirken bekanntlich zu verschiedenen Zeiten sehr ungleich auf denselben Menschen; um so gewissenhafter sind deshalb Rauschzustände bei diesen Leuten, die jetzt für unser Vaterland gekämpft und gedarbt haben und deren Nerven aufs schwerste erschüttert sind, zu beurteilen: Eine auffallende Widerstandslosigkeit gegen Alkohol und jedes andere Narkotikum haben Verwundete.

Das beste Vorbeugungsmittel gegen militärische Vergehen, Widersetzlichkeiten und Roheitsverbrechen wurde von der obersten Heeresleitung durch das Alkoholverbot zur Zeit der Mobilmachung getroffen; leider ist dies in der Folgezeit nicht in vollem Umfange aufrechterhalten. Ebenso wie wir gegen die Infektionskrankheiten eine wirksame Prophylaxe treiben, ist nach Ansicht des Verfassers auch eine solche gegen die Roheitsverbrechen usw. weiterhin erforderlich. Als Vorbeugungsmaßregeln schlägt er vor:

1. Verbot des Branntweinverkaufs und Branntweinauschankes.
2. Verbot des Brauens oder eine wesentliche Erhöhung der Biersteuer der über 1—1½% Alkohol enthaltenden Biere.
3. Eine staatlich durchgeführte Polizeistunde.
4. Durchführung der Schließung der Animierkneipen und des unnachsichtlichen Verbotes des Ausschanks berauschender Getränke in den Bordellen.
5. Verkauf von Obst und alkoholfreien Getränken in sämtlichen Wirtschaften und Hinweis darauf durch entsprechenden Anschlag.
6. Hohe Geldstrafe und im Wiederholungsfalle Gefängnisstrafe und Konzessionsentziehung sind demjenigen Wirte aufzuerlegen, in dessen Lokale eine Rauferei stattfand oder der Täter sich in den Zustand hineintrank, in dem er im Wirtshause oder nach dessen Verlassen die Tat beging.
7. Aufklärung sämtlicher Soldaten vor ihrer Entlassung in die Heimat.
8. Systematische Belehrung der Schüler und Schülerinnen aller Schulen über die Schädlichkeit der berauschenden Getränke.

Diese Vorbeugungsmaßregeln sind besonders erforderlich mit Rücksicht auf die nach Beendigung des Krieges mit erschöpften und überreizten Nerven aus dem Felde zurückkehrenden Krieger; werden sie schrankenlos wie bisher

dem Genusse der geistigen Getränke ausgesetzt, so ist eine erschreckende Zunahme der Roheitsverbrechen und schwerer Körperverletzungen vorauszusehen.

Aufklärungen und Warnungen sind zur wirksamen Bekämpfung des Alkoholismus nicht ausreichend; hier müssen wirksamere Mittel getroffen und die zu diesem Zwecke erlassenen Verordnungen streng ohne Rücksicht auf Gewohnheiten und Vorteile oder auf die Angriffe und Eingaben der Alkoholindustrie mit der gleichen Schärfe und Gradheit durchgeführt werden, mit der China den Opiumhandel unterdrückt hat. Rpd.

Die Anrechnung des Aufenthaltes in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit. Von Reichsgerichtsrat W. Rosenberg-Leipzig. Deutsche Strafrechts-Zeitung; 1916, Heft 1/2.

Dem z. Z. für die Anrechnung des Aufenthaltes in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit maßgebende § 493 der Str.P.O. hat trotz seiner klaren Fassung zu manchen Zweifeln und Streitfragen Anlaß gegeben. Er schreibt bekanntlich vor, daß diese Anrechnung erfolgen soll, wenn ein Verurteilter, nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt abgetrennte Krankenanstalt gebracht ist. Die herrschende Ansicht nimmt nun an, daß keine Anrechnung stattzufinden hat, sobald der Strafvollzug von der zuständigen Behörde unterbrochen wird. Rosenberg hält diese Ansicht weder für berechtigt, noch im Einklang stehend mit dem Standpunkt des Reichstagsabgeordneten Dr. Zinn, auf dessen Veranlassung seiner Zeit die Vorschrift des § 493 der Straßprozeßordnung eingefügt ist. Er wollte dadurch ein bisher im Deutschen Reiche nicht vorhandenes einheitliches Verfahren in diesen Fällen erreichen und zwar in der Richtung, daß eine Anrechnung des in der Anstalt zugebrachten Aufenthaltts auf die Strafzeit stattzufinden habe, da durch die Ueberführung des Verurteilten in diese der „Zustand der tatsächlichen Freiheitsentziehung" fortbestehe. Das jetzt übliche Verfahren der Nichtanrechnung entspricht auch nicht der Billigkeit, weil sie von ganz zufälligen Umständen (z. B. von dem Vorhandensein einer besonderen Abteilung für Geisteskranke in einer Strafanstalt) abhängig ist. Rosenberg ist deshalb für die Anrechnung, die bekanntlich auch von dem Deutschen Medizinalbeamtenverein bei Beratung des Strafgesetzentwurfs auf den Hauptversammlungen in Danzig und Heidelberg (1904 und 1905) als billig und notwendig befürwortet ist. Rpd.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Badeunfall von Arbeitern innerhalb des Betriebes können nicht ohne weiteres als Betriebsunfälle angesehen werden. Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 11. Dezember 1915.

Ein Arbeiter B. war beim Baden im Kondensationsbassin der Fabrik verunglückt. Das Reichsversicherungsamt hat den Unfall mit folgenden Gründen nicht als Betriebsunfall anerkannt:

Unfälle, von denen Arbeiter beim Baden betroffen werden, können als Betriebsunfälle unter der Voraussetzung anerkannt werden, daß sich die Notwendigkeit der körperlichen Reinigung aus der Natur des Betriebes ergibt und daß die Reinigung in örtlichem und zeitlichem Zusammenhang mit dem Betrieb unter Benutzung einer Betriebseinrichtung erfolgt. Zu diesen Voraussetzungen tritt aber die weitere, daß die Reinigung in angemessener Weise erfolgt. Der Arbeiter, der ein von vornherein mit besonderer Gefahr verbundenes Vollbad nimmt, wo eine teilweise Körperreinigung vom Betriebsschmutz genügt hätte, tritt aus dem versicherten Betriebe heraus. Dieser Fall ist hier gegeben, wo ein zum Betriebe gehöriges Kondensationsbassin vom Arbeiter B. benutzt worden ist. Daß die Benutzung eines solchen Bassins den Beteiligten als gefährlich erscheinen mußte, kann keinem Zweifel unterliegen. Ein Zeuge hat seine Mitarbeiter noch ausdrücklich vor der tieferen Stelle der Bassins gewarnt und geraten, sich nur an der Stelle des Bassins abzuspülen, wo sie in dieses hinuntergestiegen waren; er hat den Verunglückten und die beiden anderen on neuem gewarnt, als sie plötzlich in dem Bassin — das ungefähr 15 Meter lang ist — zu schwimmen anfingen. Wenn also wirklich, wie die Kläger be-

haupten, eine Reinigung zu jener Zeit unbedingt erforderlich gewesen wäre — nach Angabe eines Zeugen war der Zweck des Badens nur auf Abkühlung gerichtet — so wäre doch die Art der Reinigung weit über das gebotene Maß hinausgegangen. Da der Arbeiter mithin bei einer eigenwirtschaftlichen Tätigkeit verunglückt ist, so konnte das Vorliegen eines Betriebsunfalles nicht anerkannt werden.
(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Unbefugtes Offenbaren der Krankheit eines Versicherten und ihrer Ursachen im Sinne des § 141 R. V. O. liegt durch die Mitteilung einer Krankenkasse hierüber an die Landesversicherungsanstalt nicht vor. Verfügung des Reichsversicherungsamts vom 8. März 1916 an den Vorstand der Landesversicherungsanstalt Oldenburg und den Vorständen sämtlicher Landesversicherungsanstalten zur Kenntnisnahme mitgeteilt.

Das Reichsversicherungsamt tritt dem Vorstand in der Auffassung bei, daß es als ein unbefugtes Offenbaren der Krankheit eines Versicherten und ihrer Ursachen im Sinne des § 141 der R. V. O. nicht zu erachten ist, wenn eine Krankenkasse einer Landesversicherungsanstalt hierüber eine Mitteilung zugehen läßt. Wenngleich im Einzelfalle die ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben, glaubt das R. V. A. gleichwohl im Hinblick auf die Bedeutung dieser Rechtsfrage seine Ansicht hierzu äußern zu müssen.

Der den bisherigen Versicherungsgesetzen fremde § 141 ist dem § 300 des Strafgesetzbuchs nachgebildet und bezweckt wie dieser den Schutz von Privatgeheimnissen. Er soll, wie die Begründung zu § 154 des Entwurfs der R. V. O. ergibt, eine Lücke ausfüllen, die sich in der Praxis mehrfach unliebsam fühlbar gemacht hat. In der Tat kann eine Verbreitung von Mitteilungen über den Gesundheitszustand eines Versicherten gegenüber unberufenen dritten Personen nachteilig werden, mag auch die Absicht einer Schädigung bei dem Verbreiter der Nachricht fehlen. Anderseits ergeben die Verhandlungen der Reichstagskommission über die Beratung der Reichsversicherungsordnung (Teil I Seite 241 ff.), daß dem Gesetzgeber eine mißbräuchliche Ausdehnung der Schweigepflicht ferngelegen hat. Die Grenze soll durch das Wort „unbefugt“ gezogen werden, das zwar nach den bei der Kommissionsberatung zutage getretenen Ansichten verschiedener Deutung fähig, durch einen schärferen Ausdruck aber kaum zu ersetzen ist. Von einem unbefugten Offenbaren kann hiernach keinesfalls die Rede sein, wenn der Versicherte der Mitteilung zugestimmt hat, wie dies häufig der Fall ist, wenn eine Krankenkasse im Auftrage des Versicherten bei der Landesversicherungsanstalt die Uebernahme eines Heilverfahrens, z. B. die Unterbringung in einer Lungenheilstätte, anregt. Ein unbefugtes Offenbaren ist aber auch dann nicht gegeben, wenn entweder eine gesetzliche Vorschrift von der Schweigepflicht entbindet (§ 1574 Abs. 1 Satz 2 der R. V. O.) oder sogar eine Anzeigepflicht festsetzt, wie dies durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 und durch das preußische Gesetz vom 28. August 1905, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geschehen ist. Berühren auch diese seuchenpolizeilichen Gesetze die Träger der Arbeiterversicherung nicht unmittelbar, so verdient doch hervorgehoben zu werden, daß der im Jahre 1909 erschienene Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch (Seite 730) über den Rahmen jener Gesetze hinausgreifend ein unbefugtes Handeln auch dann verneint, wenn das Schweigen im allgemeinen Staatsinteresse — etwa zur Verhütung der sonst drohenden Verbreitung von ansteckenden Krankheiten — gebrochen wird. Endlich gilt nach der von der Kommission ohne Widerspruch entgegengenommenen Erklärung des Staatssekretärs des Innern (Kommissionsbericht Seite 244) eine Mitteilung auch dann als befugt, wenn sie unmittelbar für die Zwecke des Gesetzes, insbesondere also in Ausführung amtlicher Aufgaben erfolgt.

Diese Voraussetzungen sind unbedenklich gegeben, soweit es sich um Mitteilungen von Krankheitsfällen seitens der Krankenkassen an die von den Landesversicherungsanstalten zu errichtenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke handelt. Denn der Zweck dieser Einrichtung, die fortlaufende Ueberwachung solcher Personen und die Herbeiführung ihrer recht-

zeitigen und gründlichen Heilung liegt gleichmäßig im Interesse der Träger der Kranken- und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und dient somit den Zwecken des Gesetzes. Auch geschieht die Mitteilung in Erfüllung amtlicher Aufgaben, da § 116 der R. V. O. die Organe der Versicherungsträger verpflichtet, einander Rechtshilfe nach Maßgabe des § 115 a. a. O. zu leisten. Unter den Begriff der Rechtshilfe fallen aber auch Auskünfte über die persönlichen Verhältnisse der Versicherten, soweit sie dem ersuchten Versicherungsträger amtlich bekannt geworden sind, also auch über Krankheiten und ihre Ursachen. Die Versicherungsträger bedürfen dieser Mitteilung zur Durchführung ihrer Aufgaben (zu vergleichen der Kommentar von Hanow zum Ersten Buch der R. V. O., 3. Auflage Anmerkung 3 zu § 141). Eines Ersuchens der Landesversicherungsanstalt im Sinne des § 115 a. a. O. im einzelnen Falle bedarf es nicht. Diesem Erfordernis könnte auch in der Praxis nicht genügt werden, da ja die Namen der Beteiligten der Landesversicherungsanstalt erst bekannt werden sollen. Die Ermächtigung der Krankenkassen zur Auskunfterteilung über die vorkommenden Erkrankungsfälle kann vielmehr auch auf einer allgemeinen Vereinbarung der beteiligten Versicherungsträger beruhen. Infolgedessen kann dahingestellt bleiben, ob die Krankenkassen auch befugt wären, den Landesversicherungsanstalten unaufgefordert derartige Mitteilungen zukommen zu lassen. Aus der Tatsache, daß eine entsprechende Vorschrift des Entwurfs der R. V. O. (§ 128 Abs. 2), die sich an das frühere Recht (§ 144 des Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetzes, § 172 des Invalidenversicherungsgesetzes) anlehnte, von der Kommission gestrichen worden ist, könnte die Unzulässigkeit freiwilliger Mitteilungen nicht gefolgert werden. Denn die Vorschrift ist, wie der Kommissionsbericht a. a. O. Seite 211 ergibt, nur deshalb gestrichen worden, weil man den öffentlichen Behörden eine so weitgehende Verpflichtung nicht auferlegen wollte, während die Interessengemeinschaft der Versicherungsträger es erheischt, auch unaufgefordert für die Geschäfsführung wichtige Tatsachen sich gegenseitig mitzuteilen. (Kompaß; 1916, Nr. 8.)

Unfall- und Invalidenversicherung im Jahre 1915. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1916, Nr. 2.

Nach dem Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für das Jahr 1915 bestanden auf dem Gebiete der **Unfallversicherung** 117 Berufsgenossenschaften und 563 Ausführungsbehörden mit insgesamt 6 821 789 Betrieben und rund 28 Millionen versicherten Personen. Nach einer vorläufigen Ermittlung belief sich die Zahl aller im Jahre 1915 bei den Trägern der Unfallversicherung angemeldeten Unfälle auf 599 360, die der erstmalig Entschädigten auf 106 527. Die im Jahre 1915 gezahlten Entschädigungen (Renten usw.) betrugen nach einer vorläufigen Ermittlung 173 818 705 M., die an 1 108 825 Personen gezahlt wurden.

Die Frühbehandlung Unfallverletzter bildet nach wie vor den Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit des R. V. A. Auch im Berichtsjahre haben die Träger der Unfallversicherung in zahlreichen Fällen das Heilverfahren innerhalb der Wartezeit übernommen.

Nach eingehenden Beratungen mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Vertretern der ärztlichen Organisationen und der Krankenkassen wurden zur Durchführung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einer Versammlung von Vertretern der Versicherungsanstalten und Sonderanstalten im Reichsversicherungsamt am 14. Dezember 1915 bestimmte Leitsätze angenommen.

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung:

Die Gesamtzahl der bis zum 31. Dezember 1915 festgesetzten Renten beträgt nach den vierteljährlichen Nachweisungen der Versicherungsträger 3 416 001. An Entschädigungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wurden im Jahre 1914 234 004 843 M. gezahlt. Der Gesamtbetrag der bis Ende 1914 überhaupt gezahlten Entschädigungen belief sich auf 2 929 827 753 M.

Die Einnahme aus dem Verkaufe von Beitragsmarken ist unter dem Einflusse des Krieges weiter zurückgegangen; sie betrug bei den 31 Versicherungsanstalten 203 558 040 M. gegen 241 904 380 M. im Jahre 1914.

Nach der für das Jahr 1914 jetzt vorliegenden Statistik der Heil-

behandlung ist im Berichtsjahre von den Trägern der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung von insgesamt 139098 Versicherten mit einem Gesamtaufwand von 30273255 M. ein Heilverfahren gewährt worden. Seit dem Jahre 1897, also in einem Zeitraum von 18 Jahren, wurden im ganzen 1285124 Versicherte, darunter 520894 wegen Lungen- oder Kehlkopftuberkulose mit einem Gesamtaufwande von rund 300 Millionen Mark in Heilbehandlung genommen.

Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Invalidität sind von den Versicherungsträgern im Jahre 1914 9352120 M. ausgegeben, wovon 7887764 M. auf die durch den Krieg veranlaßten besonderen Ausgaben entfallen.

Der Bau von privaten Lungenheilanstalten wurde von den Versicherungsträgern durch Hergabe von Darlehen unterstützt, die sich Ende 1914 auf 16,4 Millionen Mark beliefen.

Eine Anzahl von Versicherungsanstalten hat damit begonnen, krebskranke Versicherte mit radioaktiven Stoffen und Röntgenstrahlen behandeln zu lassen.

In Invalidenheimen usw. sind im Berichtsjahre von 28 Versicherungsträgern insgesamt 5396 Versicherte untergebracht worden; 10 Versicherungsträger besaßen eigene Invalidenhäuser, in denen 542 Betten zur Verfügung standen. 2 Häuser mit 180 Betten waren für Zwecke der Invalidenhauspflege gemietet. Die Grunderwerbs-, Bau- und Einrichtungskosten der im Besitz der Versicherungsträger befindlichen 15 Invalidenheime betrugen bis zum Schlusse des Berichtsjahres 1313233 M. Zur Errichtung verschiedener neuer Heilstätten wurde vom Reichsversicherungsamt beziehungsweise den zuständigen Landesversicherungsämtern die Genehmigung erteilt.

Der Gesamtbetrag der von den Versicherungsträgern bis Ende 1915 für gemeinnützige Zwecke (Bau von Familienwohnungen für Arbeiter, Ledigenheimen, Kranken- und Invalidenhäusern usw.) aufgewendeten Mittel beläuft sich auf 1412068252 M. Rpd.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Pocken.

Echte Blattern und Varizellen. Von Dr. J. Friedberg, Oberbezirksarzt in Brody. Eine differentialdiagnostische Studie auf Grund einer längeren amtsärztlichen Kasuistik. Der Amtsarzt; 1916, Nr. 1—3.

Nach Mitteilungen über das Vorkommen von Blattern und Windpocken in seinem bis zur russischen Grenze reichenden Amtsbezirke in Ostgalizien bespricht Verfasser die Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden Krankheiten. Betreffs der Blattern ist bemerkenswert, daß der in Bevölkerung durch die Erst- und die Wiederimpfung der Zehnjährigen geschaffene Blatternschutz in den Jahren 1900 bis 1914 nur 276 Blatternfälle, und zwar meist modifizierter Art, auftreten ließ, „wenn man auch eine größere Zahl der Fälle annehmen muß, da sich ein großer Teil leichter Krankheitsformen fast immer der Evidenz entzieht.“ Verfasser sieht das Vorkommen der Blattern in Galizien wie in ganz Oesterreich als so sporadisch an, daß heute die Generation der jüngeren und sogar auch etwas älteren Aerzte Blattern nur aus den Handbüchern, vielleicht Atlanten und Modellen kennt, da sie ihnen in der Praxis nie begegnen. — Zur Unterscheidung der beiden Krankheiten wird nichts Neues beigebracht; das Heranziehen der Impfung der Kaninchenhornhaut mit dem Inhalte der fraglichen Blattern scheint sogar noch kaum versucht worden zu sein. Wohl aber wird mit Recht hervorgehoben, daß das erste Erscheinen der Blattern in Form von Knötchen, der Windpocken dagegen von Flecken erfolgt, sowie daß bei den Blattern der Ausschlag stets in gleichem Maße ausgebildet an allen Teilen des Körpers sich findet, während bei den Windpocken ausnahmslos verschiedene Stufen seiner Entwicklung angetroffen werden. — Angesichts des neuerdings bei Flecktyphus angewandten Kunstgriffes, dessen Ausschlag durch Stauung frühzeitiger und deutlicher hervortreten zu lassen, empfiehlt Berichterstatter, auf Grund bereits vor Jahren an den Impfpocken bei Kälbern angestellten Versuchen, dringend, dieses Verfahren in den ersten

Tagen einer blatternverdächtigen Erkrankung anzuwenden. Die von den Blatternknötchen zuerst befallene Haut der Stirn wie der Rückenfläche von Vorderarm und Hand läßt sich durch Saugwirkung leicht in ausgiebige Stauung versetzen. Am Kalbe machte diese bei 5 Minuten langer Dauer die Impfpocken schon nach 3 mal 24 Stunden deutlich erkennbar. Dr. Risel-Halle.

Ueber Blattern und die Blatternepidemie in Neu-Sandec. Von Reg.-A. Dr. Pilzer, Kommandant des Epidemie-Spitales Neu-Sandec. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 16 und 17.

In Tarnow bestand während der Invasion 1914/15 ein Blatternspital mit über 500 Kranken. Nach dem Maidurchbruch wurden die Pocken auf dem Wege Tarnow-Gorlice-Grybow nach Neu-Sandec verschleppt, wo die Epidemie immer weiter um sich griff. Bis Ende 1915 waren 380 Kranke, 87 Todesfälle gemeldet worden; die wirklichen Zahlen waren aber bedeutend größer. Die Stadt hatte vorher nicht für Bereitstellung eines ausreichenden Isolierkrankenhauses und für hygienische Zustände in den ärmeren Stadtteilen gesorgt; die Vernachlässigung rächte sich. Ende Februar 1916 waren in der Woche noch 1500 Erkrankungen zur Anzeige gelangt. Es war daher von großer Wichtigkeit, daß die medizinische Fakultät der Universität Krakau die Vorträge auf 6 Wochen einstellte und nachdem den Medizinern die Impftechnik beigebracht war, mit ihnen Impfkolonnen schuf, die in die weitesten Gegenden des Landes zogen, um die noch nicht geimpfte Bevölkerung, die nach Millionen zählte, zu impfen.

Der Erfolg ist nicht ausgeblieben; denn die Zahl der frisch erkrankten Fälle nahm allmählich ab. Impfen, Isolieren, Beobachtung der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und Desinfizieren werden nun mit großer Energie durchgeführt. Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Aussatz.

Verbreitung des Aussatzes im Deutschen Reiche im Jahre 1915. Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts; 1916, Nr. 18.

Die Zahl der Aussatzkranken im Deutschen Reiche betrug am Schlusse des Jahres 1915: 31 (gegen 33 am Ende des Vorjahres); davon entfielen 26 (28) auf Preußen und 5 (4) auf Hamburg. In Preußen sind im Jahre 1915 2 Kranke durch Tod in Abgang gekommen. Von den im Lepraheim im Kreise Memel untergebrachten Aussätzigen wurde 1 widerruflich entlassen und ein anderer bisher beurlaubter Kranker dort wieder aufgenommen. Zu erwähnen ist ferner, daß in der oben mitgeteilten Krankenzahl 1 kriegsgefangener Inder, bei dem im Gefangenenlager Zossen Lepra festgestellt wurde, nicht mitenthalten ist. Eine zu Beginn des Jahres 1915 in Lübeck noch in Behandlung gewesene Kranke ist Ende Januar in ihre Heimat nach Rußland entlassen worden. In Hamburg sind zu den 4 bei Beginn des Jahres 1915 vorhandenen Kranken 2 hinzugekommen, nämlich ein nach Hamburg zur Behandlung zugereister Ausländer, der die Krankheit angeblich im März 1909 in Sumatra erworben hatte, das Reichsgebiet aber noch im Laufe des Berichtsjahres wieder verließ, und ein seit 1909 in Hamburg wohnhafter Kaufmann, der sich die Krankheit angeblich zuvor in Argentinien zugezogen hatte.

---

3. Cholera.

Zur Stuhluntersuchung auf Cholera- und Typhusbazillen. Von Privatdozent Dr. F. Verzár und cand. med. O. Weszeczky. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 16.

Im dem Laboratorium der Militärbeobachtungsstation in Debreczen erwies es sich als ein sehr nützlicher Kunstgriff, den zu untersuchenden Stuhl zuerst in Kochsalzlösung aufzuschwemmen und dann erst auf die Platte zu impfen. Weitere Untersuchungen ergaben, daß es nicht erlaubt ist, nur jene Peptonwässer nach Anreicherung auf Agar zu überimpfen, die im hängenden Tropfen Choleravibrionen nachweisen lassen. Selbst bei Massenuntersuchungen ist, wenn nur irgend möglich, eine Ueberimpfung auch nicht verdächtiger Peptonwässer auf Agar angezeigt. Dr. Roepke-Melsungen.

Blutuntersuchungen bei Cholera. Von Dr. Jobst-Heinrich Benzler. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Würzburg 1916. Verlag von C. Kabitzsch. IV. Bd., 2. H. Gr. 8°; 74 S. Preis: 4 M.

Nach den Untersuchungen des Verfassers zeigt das Blut im Prodromalstadium im allgemeinen keine wesentlichen Aenderungen, beim Krankheitsausbruch stärkere Vermehrung der einkörnigen Zellen, Lymphozytensturz (Mononukleose) und leichte Hyperleukozytose; im Stadium algidum Degenerationserscheinungen auch der regenerativen Formen, äußerst starke Lymphopenie (richtiger Lymphozytopenie), zuweilen fast aplastischer Art, hohe Mononukleose; im Reaktionsstadium: gleichzeitige Umkehr der Lymphozyt- und Mononukleären-Kurve; in der Rekonvaleszenz: starke Lymphozytose, Wiedererscheinen der Reizzellen und Ansteigen der Eosinophilen, Rückgang der atypischen großen Mononukleären. Diagnostisch liegt das Hauptgewicht auf der außerordentlich starken Lymphopenie während der eigentlichen Krankheitsperiode. Rpd.

Beiträge zur Schutzimpfung gegen Cholera und Typhus. Von Dr. W. Gaehtgens und Dr. E. Becker-Hamburg. Ebenda.

Nach den Untersuchungen und Beobachtungen der Verfasser ist die **Schutzimpfung mit abgetöteten Choleravibrionen ein durchaus ungefährlicher Eingriff,** der nur in seltenen Fällen das Auftreten von Reizerscheinungen zur Folge hat. Dasselbe gilt von der Schutzimpfung mit vorsichtig (bei 59° C.) abgetöteten Typhusbakterien. — Die Bildung von Agglutininen erfolgt bei der Choleravakzination scheinbar weniger regelmäßig und ausgesprochen wie bei der Typhusschutzimpfung, bei der sie nahezu regelmäßig und ausgiebig auftritt, aber ebenso wie die ausgiebige Bildung von bakteriziden Antikörpern großen Schwankungen unterliegt. Bakterizide Antikörper werden bei Cholera stets reichlich produziert. Das Gehalt des Serums an Typhusantikörpern, die sich im Anschluß an die Typhusimpfung gebildet haben, wird durch eine nachfolgende Choleraimmunisierung nicht wesentlich beeinflußt. Der Grad der klinischen Reaktion und der Antikörpererzeugung ist bei beiden Schutzimpfungen abhängig von der Individualität der geimpften Personen. Rpd.

Der heutige Stand der Schutzimpfungen gegen Cholera mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen aus den letzten Balkanfeldzügen. Von Dr. Walter Plange-Dresden. Oeffentliche Gesundheitspflege; Jahrg. 1916, Heft 4.

Auf Grund seiner Untersuchungen und Beobachtungen kommt Plange zu folgenden Schlußsätzen:

„1. Als das in erster Linie wirksame Prinzip der Choleravibrionen müssen nach unseren augenblicklichen Kenntnissen die Endotoxine angesehen werden; eine aktive Schutzimpfung ist also theoretisch berechtigt.

2. Echt antiendotoxische Seren im strengsten Sinne der Toxin-Antitoxinwirkung kennen wir nicht; die Frage einer passiven Immunisierung ist demnach nicht spruchreif.

3. Die Epidemiologie der Cholera läßt ebenfalls eine aktive Schutzimpfung angebracht erscheinen.

4. Der Beweis für das Vorhandensein einer negativen Phase hat im Tierexperiment nicht einwandfrei erbracht werden können. Auf alle Fälle ist jedoch bei der Schutzimpfung Vorsicht am Platze.

5. Durch die Praxis ist bewiesen worden, daß eine rechtzeitig im großen Stile ausgeführte Choleraschutzimpfung Erfolg hat.

6. Als beste Methode ist zweimalige Impfung nach Kolle anzusehen.

7. Die Balkanfeldzüge, insbesondere die Erfahrungen der Griechen und Rumänen, haben gezeigt, daß eine allgemeine Vakzination während und nach einem Feldzuge in choleraverseuchten Ländern unbedingt anzuraten ist.“

Rpd.

Pemphigoides Exanthem als Folgeerscheinung der Choleraschutzimpfung. Von Dr. Josef Simecek. Aus dem Epidemiespital in Troppau. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 20.

Ein 47jähriger Kutscher, Potator, hatte die Schutzimpfung gegen Pocken, gegen Typhus und die erste Schutzimpfung gegen Cholera ohne Beschwerden vertragen; nach der zweiten Impfung gegen Cholera traten jedoch Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen auf. Am Morgen nach unruhig verbrachter Nacht bekam er auf Stirn und Nase einen Bläschenausschlag, außerdem wurde die Injektionsstelle schmerzhaft; die Haut in ihrer Umgebung entzündete sich und bedeckte sich mit kleinen Bläschen. Im Verlaufe desselben Tages verbreitete sich der Ausschlag über den Stamm. Die Blasen nahmen die Größe von Linsen- bis Zwanzighellerstücken an; platzten zum Teil oder bedeckten sich mit bräunlichen Borken. Dr. Mayer-Simmern.

4. Typhus.

Der Einfluß der Typhus-Schutzimpfung auf das weiße Blutbild. Von Dr. Franz Sikert, z. Z. Vorstand der bakteriologischen Untersuchungsstelle in Lüttich. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Würzburg; Verlag von Karl Kabitzsch. IV. Bd., 2. Heft, 1915. Eingebunden: 6 M.

Nach den Untersuchungsergebnissen des Verfassers ändert sich das weiße Blutbild durch die Typhus-Schutzimpfung in derselben Weise wie durch eine echte Typhuserkrankung. Die Immunkörperbildung erfolgt nach anderen Gesetzen als die Regeneration der weißen Blutzellen. Die Typhusschutzimpfung ist in ihren Ergebnissen daher auch als experimentell für die Typhusforschung zu verwerten. Rpd.

Urobilinurie bei Typhus abdominalis und ihre klinische Bedeutung. Von Prof. Dr. Wilhelm Hildebrandt-Freiburg i. B. Münchener medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 19.

Was für die Niere die Menge, das spezifische Gewicht und der Eiweißgehalt bedeutet, ist für die Leber der Urobilingehalt des Urins. Systematische Urobilinuntersuchungen durch den Verfasser haben ergeben, daß mit der Entfieberung die Urobilinurie sinkt; treten Rezidive auf, so steigt gegen das Ende des Rezidives die Urobilinurie wieder auf den früheren Wert und sinkt erst spät wieder langsam ab. Als Ursache der Urobilinurie bei Ileotyphus kommen in Betracht: Gesteigerter Blutzerfall, Gallenstauung infolge Cholangitis, Blutstauung (Stauungsleber infolge Komplikationen seitens des Herzens), parenchymatöse Hepatitis. — Das Ende der Urobilinurie ist im Bette abzuwarten. Urobilinurie als Symptom der parenchymatösen Hepatitis bildet eine Kontraindikation gegen die Anwendung von Chloroform; auch der Einfluß des Alkohols ist besonders zu fürchten. Dr. Graßl-Kempten.

Die Behandlung von Typhusbazillenträgern mit Tierkohle. Von Prof. Dr. Kuhn, Leiter der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Straßburg i. E. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt; 1916, Bd. I, H. 3.

Die von Kalberlach, Géronne und W. Lenz empfohlenen Behandlung von Typhusbazillenträgern mit Tierkohle in Verbindung mit Jodtinktur oder Thymol (3 × tägl. nach dem Essen einen Kaffeelöffel Mercksche Tierkohle und nach jeder Mahlzeit 7-15 Tropfen Jodtinktur in Wasser oder je 1 g Thymol in Oblate) hat Verfasser bei 29 Dauerausscheidern nachgeprüft und dabei die Nutzlosigkeit dieser Behandlung festgestellt. Die Erfolge der vorgenannten Autoren führt er darauf zurück, daß sie ihre Versuche nicht an „Dauerausscheidern", sondern an „Spätausscheidern" angestellt haben, die voraussichtlich auch ohne die Behandlung bazillenfrei geworden wären. Rpd.

5. Paratyphus.

Zur Verbreitungsweise und bakteriologischen Diagnosik des Paratyphus B-Bacillus. Aus dem Seuchenlaboratorium einer Armee (Leiter Prof.

Dr. Conradi). Von Ass.-Arzt d. R. Dr. R. Bieling. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 18.

Der von Schottmüller zuerst beschriebene Paratyphus-A-Bacillus war bisher nur als Erreger sporadischer Typhusfälle bekannt. Neuere Beobachtungen lehren aber, daß ihm eine erhöhte Bedeutung für die Typhusepidemiologie und hinsichtlich seiner Verbreitungsweise zukommt. Zu diesem Zweck ist die biologische Differenzierung des Paratyphus A-Bacillus notwendig, um ihn rascher und sicherer als bisher auffinden und identifizieren zu können.

B. empfiehlt die Reinzüchtung und Differenzierung von Paratyphus-A-Bazillen unter Verwendung von Galaktose-Endo-Agar, weil damit die Unterscheidung von den übrigen pathogenen Darmkeimen und Kolibakterien auf einer Platte gelingt. 16 Stunden nach der Beimpfung unterscheiden sich die blassen bis zartrosa gefärbten Paratyphus-A-Kolonien deutlich von den tiefroten Typhus-, Paratyphus B-, Ruhr- und Cholerakolonien. Erst nach mehr als 24 stündiger Bebrütung nimmt der Farbenunterschied mit der zunehmenden Rötung der Paratyphus A-Kolonien ab, bleibt jedoch auch dann noch gut erkennbar. Gegebenenfalls kann auch Xylose-Agar nach Art des Drigalski-Conradischen Nährbodens Verwendung finden; Paratyphus A-Bazillen wachsen als blaue Kolonien und unterscheiden sich hierdurch schon innerhalb 16 Stunden von den tiefroten Paratyphus B- und etwas schwächer roten Typhuskolonien.

Zur weiteren Charakterisierung und Abgrenzung der Reinkultur gegenüber Paratyphus B- und Typhusbazillen empfiehlt es sich, neben der makroskopischen Agglutination Kulturen in Galaktosemilch sowie in Neutralrotgelatine und Neutralrotagar anzulegen. Das praktische Galaktosemilch-Verfahren ist folgendes: Mischt man einen Teil mehrfach im Dampftopf sterilisierter Magermilch mit 1—2 Teilen steriler Nährbouillon, die 2—3 % Galaktose enthält, und stellt dann schwach sauer ein, so tritt 18—24 Stunden nach der Beimpfung mit Typhus oder Paratyphus B-Bazillen Gerinnung ein, während Paratyphus A-Stämme auch nach 40 stündiger Bebrütung die Milch unverändert lassen.

Nach Beimpfung des Dextrose-Neutralrotagar mit Paratyphus A kommt es, im Gegensatz zu Typhuskulturen, zur stark ausgesprochenen Gasbildung, niemals aber zur Fluoreszenz und Entfärbung des Agars selbst wie bei Paratyphus B. Die 1 proz. Dextrose-Gelatine mit 0,5 % Zusatz alkoholisch gesättigter Neutralrotlösung (Neutralrotgelatine) wird nach 24 stündiger Bebrütung bei 37° von Typhus infolge der Säuerung tiefrot gefärbt; Paratyphus A bildet außerdem Gas und einen fluoreszenten Kulturniederschlag in der Reagensglaskuppe; Paratyphus B. reduziert und entfärbt dagegen die nur vorübergehend tiefrote Gelatine oft schon innerhalb 24 Stunden bei starker Fluoreszenz. Diese Methode kann allerdings nur gemeinsam mit den übrigen Verwendung finden zur Charakterisierung innerhalb der Typhusgruppen.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

6. Ruhr.

Ein interessanter Fall von Dick- und Dünndarmdysenterie. Von Dr. Wanda Chowaniec. Mitteilungen aus dem Militärbeobachtungsspital in Beszter czebánya. Chefarzt Dr. Béla von Kozmutza). Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 19.

Der 26 Jahre alte Infanterist war am 15. August an Shiga-Ruhr erkrankt und am 14. September der Krankheit erlegen. Bei der Obduktion fanden sich außer Milzschwellung im ganzen Dickdarm, hauptsächlich aber im S. Romanum, dysenterische, schmutziggelbliche Geschwüre, teilweise hämorrhagisch gefleckt. Während im Coecum die Geschwüre spärlicher vorhanden waren und die Appendix mit kleienförmigen Belägen bedeckt war, erstreckten sich die Geschwüre in großer Intensität hoch in den Dünndarm hinauf, und zwar bis zur Höhe von 94 cm in das Ileum hinein. In weiterer Ausdehnung von 1 m zeigten Ileum und Jejunum gerötete und geschwollene Schleimhaut, die mit kleienförmigen, schwer abwischbaren Belägen bedeckt war. Der Fall ist deswegen selten, weil bisher Dysenterie im Dünndarm nur im 1., höchstens im 2. Stadium der Ruhr beschrieben ist (Jochmann, Aschoff, Schmaus).

Dr. Mayer-Simmern.

---

7. Diphtherie.

Ein sparsamer Blutserumnährboden für die Diphtheriediagnose. (Aus dem städtischen Untersuchungsamt in Charlottenburg). Von Dr. Hans Langer. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 17.

Für die bakteriologische Diphtheriediagnose ist der Löfflersche Blutserumnährboden nach wie vor unübertroffen. Es ist aber eine verhältnismäßig hohe Nährbodenschicht zur Erzielung einwandfreier Löfflerplatten erforderlich; bei Glasschalen mit 8 cm Durchmesser werden etwa 15 ccm Serumgemisch (²/₃ Hammelserum + ¹/₃ Bouillon) verbraucht. Um eine möglichst große Ausnutzung der hervorragenden Löfflerplatten zu erreichen, wird folgende Modifikation in der Herstellung der Platten empfohlen: Die Petrischalen (8 cm Durchmesser) werden mit etwa 10 ccm eines 2%igen Wasseragars (mit 0,5 Na Cl, ohne Fleischwasser, ohne Pepton) gefüllt. Auf diese Agarplatte wird nach Festwerden die Löfflersche Serummischung in dünner Schicht aufgegossen, wozu etwa 5 ccm erforderlich sind. Die Platte wird nunmehr in den Erstarrungsapparat eingesetzt und bei von 70 auf 90° steigender Temperatur zum Erstarren gebracht. Die Erstarrung ist nach 3 Stunden erreicht gegen 6 Stunden bei den üblichen Löfflerplatten. Nach dem Erstarren muß wegen der Verflüssigung des Agars die Platte vorsichtig herausgenommen werden; mit der Abkühlung wird der Agar wieder fest. So erhält man eine Kulturplatte, deren Oberfläche eine einwandfreie Blutserumplatte darstellt und die als Nährboden nicht nur eine völlige Gleichwertigkeit, sondern bisweilen sogar eine Ueberlegenheit in der Ueppigkeit des Wachstums zeigt. Jedenfalls wird eine große Ersparnis und Streckung des Blutserumgemisches erzielt. Als Vorteile der Modifikation ergeben sich also: eine schnellere Erstarrung und größere Unabhängigkeit von äußeren Schwankungen während der Erstarrung, ferner eine gesteigerte Festigkeit und Elastizität sowie eine größere Wirtschaftlichkeit und weitgehendere Ausnutzung des Blutserums bei wenigstens gleichwertiger Nährbodenqualität. Dr. Roepke-Melsungen.

Klinische Erfahrungen über die Abtötung von Diphtheriebazillen mit Jod-Spray. Von Dr. Martha Ruben, z. Z. Aerztin an einem Reservelazarett. Aus der Infektionsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Direktor: Prof. Dr. Rumpel). Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; Bd. 80, H. 2.

Verfasser versuchte nach dem Vorgang von Abel-Bergen, bei Diphtherie-Rekonvaleszenten den Hals und die Nasenhöhle mit Joddämpfen gleichsam auszuräuchern, um die Diphtheriebazillen abzutöten. Die Technik besteht darin, daß man aus Jodoform durch Erhitzen Joddämpfe frei macht und in die Nasenlöcher einleitet (Näheres siehe Original). Von den behandelten 21 Fällen wurden so 45% bazillenfrei. Als frei galten die Patienten, bei denen die an zwei aufeinander folgenden Tagen vorgenommene Abimpfung keine Diphtheriebazillen mehr ergab. In 4 der behandelten Fälle fanden sich Nekrosen mit Nebenerscheinungen: Rötung, Schwellung und Schmerzen der Schleimhaut. Fast ausnahmslos trat ein heftiger Jodschnupfen auf mit starkem Tränenträufeln. Meist klagten die Patienten auch über Appetitlosigkeit Die Einblasung der Joddämpfe erweckte den Eindruck einer schmerzhaften Erstickungs- und Uebelkeit auslösenden Manipulation. Das Allgemeinbefinden war während der Behandlung herabgesetzt. Auch ergaben sich technische Unannehmlichkeiten. Im Hinblick auf den verhältnismäßig geringen Erfolg und die unangenehmen Nebenerscheinungen wird sich die Methode für die Allgemeineinführung kaum empfehlen. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Diphtherie-Verbreitung durch das Kriegsgeld? Von G. Wollenberg-Berlin. Der prakt. Desinfektor; 1916, Nr. 5.

Nach den Untersuchungen des Verfassers besteht kein Grund für die Annahme, daß bei den jetzigen Diphtherie-Erkrankungen neue Infektionsquellen, wie z. B. das Papiergeld, in besonderem Umfange beteiligt sind. Aber die Möglichkeit, daß hier und da auch durch das Papiergeld eine Verbreitung der Krankheit erfolgt, ist ohne weiteres zuzugeben. Dr. Wolf-Hanau.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Trinkwasserversorgung.

Ueber einige handliche chemische Verfahren, kleine Mengen Trinkwasser schnell zu entkeimen. Von Prof. Dr. Weichardt und Dr. Wolff. Aus der Königl. bakteriologischen Untersuchungsanstalt Erlangen. Oeffentliche Gesundheitspflege; 1916, Heft 3 und 4.

Die Verfasser haben einige neuerdings angegebene Wassersterilisationsverfahren, die namentlich zur schnellen Sterilisation kleiner Mengen Wasser empfohlen sind, nachgeprüft und zwar das Verfahren mit Desazon, einen von den Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer in Elberfeld hergestellten hochwertigen Chlorkalkpräparate,[1]) das Permanganatverfahren von Trübsbach,[2]) das Huminverfahren von Strell[3]) und das Tierkohleverfahren von Kraus und Barborá.[3]) Nach dem Ergebnis ihrer Untersuchungen hat sich das Desazonverfahren als sehr bequem und bakteriologisch als zuverlässig erwiesen, ohne daß sich ein nennenswerter Einfluß auf Geschmack und Aussehen des damit behandelten Wassers bemerkbar macht. Dagegen waren die mit dem Permanganatverfahren erzielten Erfolge nicht befriedigend; noch weniger befriedigend waren die Ergebnisse bei dem Tierkohleverfahren. Diese beiden Verfahren bedürfen daher noch weiterer Verbesserung, ehe ihre allgemeine Verwendung zur Trinkwassersterilisation empfohlen werden kann; eine solche ist mit Rücksicht auf ihre Billigkeit (7 Pfennig für einen Kubikmeter) sehr erwünscht, da das Desazonverfahren verhältnismäßig teuer ist (15 Pfennig für das Liter!). Rpd.

---

2. Abwässerbeseitigung.

Gutachten des Reichsgesundheitsamtes über das duldbare Maß der Verunreinigung des Weserwassers durch Kali-Abwässer, ohne seine Verwendung zur Trinkwasserversorgung von Brunnen unmöglich zu machen. Berichterstatter Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte; 1916, Bd. L, H. 3.

Die Wasserversorgung der Stadt Bremen erfolgt durch filtriertes Weserwasser und wird unter den obwaltenden Verhältnissen auch noch lange Zeit in dieser Weise erfolgen müssen, da einer Grundwasserversorgung große Schwierigkeiten entgegenstehen. Das Wasser der Weser wird aber bekanntlich durch die Abwässer der in den Flußgebieten ihrer Nebenflüsse Aller und Leine, Fulda und Werra liegenden Schächte der Kaliindustrie verunreinigt, so daß sich der Senat der Stadt Bremen veranlaßt sah, durch den Reichskanzler dem Reichsgesund-

---

[1]) Die von der Firma unter dem Namen Desazon in den Handel gebrachten Päckchen enthalten je 10 weiße Röhrchen mit hochprozentigem Chlorkalk und 10 braune mit hochprozentigem Wasserstoffhyperoxyd, dem sog. „Ortizon"; der Inhalt von je ein Paar solcher Fläschchen genügt zur Sterilisation von 1 Liter Wasser innerhalb 10—15 Minuten.

[2]) Bei dem Permanganatverfahren nach Trübsbach genügen 5 g Kaliumpermanganat, dem 18,99 g Weinsäure oder 12,91 g Kaliumbisulfat und 11,87 g Weinsäure zugesetzt werden, um 100 Liter Wasser in 10—15 Minuten zu sterilisieren; zur Entfernung des überschüssigen Kaliumpermanganats ist nach dieser Zeitdauer ein Zusatz von 9,97 g schwefelsaurem Natrium erforderlich.

[3]) Das Huminverfahren stellt ebenso wie das Tierkohleverfahren eine Kombination der chemischen und mechanischen Methoden der Trinkwassersterilisation dar. Das dazu benutzte, von der Firma Wellensiek in Hannover hergestellte „Humin" wird aus Braunkohle durch Behandlung mit heißer Natronlauge als schwarze, teigförmige Masse gewonnen, die im heißen Wasser löslich ist und als kolloidale Lösung angesprochen werden muß. Zur Sterilisation von 1 Liter Rohwasser genügen 5 ccm einer 10 %tigen Lösung, die mit dem Wasser gründlich durchmischt werden müssen; der Mischung sind dann 2,5 ccm einer 14 %prozentigen Aluminiumsulfatlösung zuzusetzen. Bei dem Tierkohleverfahren wird ein Trichter, dessen Spitze mit Watte ausgestopft ist, ungefähr 1 cm hoch mit Tierkohle angefüllt und durch diesen so hergestellten Filter das Wasser filtriert.

heitsamt die Frage zur Beantwortung vorzulegen, „inwieweit das Weserwasser mit Kali-Abwasser bereichert werden darf, ohne seine Verwendung zur Trinkwasserversorgung unmöglich zu machen. Infolgedessen sind an bestimmten Entnahmestellen durch Sachverständige Wasserproben aus der Weser entnommen (vom Juni 1913—1914 monatlich je zweimal) und namentlich auf ihren Chlorgehalt und auf ihren Härtegrad untersucht. Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse und unter Würdigung der durch Kaliabwasser bedingten Veränderungen der Trink- und Nutzwässer im allgemeinen, kommt der Berichterstatter zu dem Schluß, daß, solange der jetzige Zustand andauert, die Wasserversorgung Bremens insofern gefährdet erscheint, als das Wasser der Weser infolge der zunehmenden Zuleitung von Kaliabwässern in ihre Vorfluter unbrauchbar zu werden droht. Es muß deshalb der Gehalt des Weserwassers an Kaliabwässer an der Entnahmestelle für die Wasserversorgung von Bremen so niedrig gehalten werden, daß es selbst bei Niederwasser keinen aufdringlichen Geschmack oder Nachgeschmack der Endlaugen zeigt, und daß seine Härte nicht die Bereitung von Speisen, die Körperreinigung und das Waschen von Bekleidungsgegenständen beeinträchtigt. Als Höchstgrenze, über die hinaus das Weserwasser an der Entnahmestelle im Hinblick auf seine Verwendung als Trinkwasser nicht mit Kaliabwasser angereichert sein darf, ist eine Gesamthärte von 20 Härtegraden und ein Chlorgehalt von 250 mg im Liter anzusehen. Bisher ist es zwar selbst beim niedrigsten Wasserstande unter dieser Höchstgrenze geblieben, hat diese aber fast erreicht (20 Härtegrade und 235 mg bei 1,45 Pegelstand), während sie bei mittlerem Wasserstand darunter bleibt (12,5 und 113 mg bei 2,8 Pegelstand). Rpd.

Die Ergebnisse von Rheinwasseruntersuchungen aus den Jahren 1907 bis 1918 auf der Strecke von Mannheim bis Worms. Aus dem Städtischen Untersuchungsamt Mannheim. Von Direktor Dr. A. Cantzler, Vorstand, und Dr. A. Splittgerber, Chemiker am Städtischen Untersuchungsamte. 1. Heft der Schriften des Vereins für Wasser- und Gaswirtschaft E. V., herausgegeben von Generalsekretär Erwin Stein. Berlin 1916. Deutscher Kommunal-Verlag; 8°, 55 S. Preis: geh. M. 2,—, geb. 2,80 Mk.

Nach einer ausführlichen Schilderung der Ergebnisse früherer anderweitiger Untersuchungen des Rhein- und Neckarwassers besprechen die beiden Verfasser in dieser Schrift unter Beifügung von erläuternden Karten und Tabellen die Ergebnisse, die durch die regelmäßig seit dem Jahre 1907 fortgesetzte Untersuchungen des Rheinwassers auf der Strecke von Remershof oberhalb Mannheim bis nach Worms und des Neckarwassers kurz oberhalb seiner Mündung in den Rhein erhalten worden sind, beleuchten sie wissenschaftlich kritisch und zeigen in anschaulich gehaltener umfassender Darstellung, daß die Zusammensetzung des Rheinwassers seit langen Jahren sich nicht geändert hat und daß die Abwässer, die in immerhin beträchtlichen Mengen dem Rhein auf der Strecke von Mannheim bis Worms von beiden Uferseiten aus zugeführt werden, nur eine höchstens örtliche, keineswegs aber eine dauernde Verschlechterung des Wassers mit sich gebracht haben. Eine solche Verschlechterung ist auch für die Zukunft nicht zu befürchten, da gerade im Laufe der letzten Jahre zahlreiche neue Verfahren zur Reinigung von Abwässern, besonders von solchen industrieller Herkunft bekannt geworden sind und große Betriebe bestrebt sein werden, diese Verfahren auszunutzen. Notwendig ist aber, daß die städtischen wie industriellen Abwässer möglichst weit unterhalb bewohnter Stadtgebiete in die Vorfluter eingeleitet werden. Rpd.

---

3. Nahrungsmittelhygiene.

Verwendung von Phosphorsäuren bei der Herstellung von Brauselimonaden oder von Grundstoffen für die Zubereitung von Limonaden. Gutachten der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heffter, Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Finger.

Bisher haben in der Regel die organischen Säuren Wein- oder Zitronensäure dazu als Zusatz gedient, um den mangelnden Gehalt an natürlichen Fruchtsäften in Brauselimonaden zu ersetzen. Ein solcher Zusatz ist auch als

zulässig anerkannt; die freie Vereinigung deutscher Nahrungsmittel hat z. B. für die Bearbeitung von Brauselimonaden den Grundsatz aufgestellt, daß darunter Mischungen zu verstehen seien, die „neben oder ohne Zusatz von natürlichen Fruchtsäften, Zucker und kohlensäurehaltigem Wasser noch organische Säuren oder Farbstoffe oder natürliche Aromastoffe enthalten.“ Da die Beschaffung von Weinsäure und Zitronensäure zur Zeit schwierig und kostspielig ist, entsteht die Frage, ob diese durch die billige Phosphorsäure ersetzt werden dürfen oder ob dagegen gesundheitspolizeiliche Bedenken zu erheben sind. Die Wissenschaftliche Deputation hat sich entschieden gegen eine derartige Verwendung der Phosphorsäure ausgesprochen. Ihre ätzende Wirkung komme allerdings mit Rücksicht auf die große Verdünnung ($^1/_{10}$—$^1/_4$ %) nicht in Betracht, wohl aber ihr Verhalten im Stoffwechsel. Während Wein- und Zitronensäure vollständig oder bis auf geringe Spuren im Körper verbrennen, wird die Phosphorsäure neutralisiert, so daß phosphorsaure Salze entstehen, die in Form von sauren Salzen durch die Nieren ausgeschieden werden, so daß der Harn eine stärkere saure Reaktion erhält und sein Ammoniakgehalt auf Kosten des Harnstoffs zunimmt. Ob außerdem auch der Eiweißstoffwechsel nachteilig beeinflußt wird, ist zwar noch nicht sicher entschieden, aber nicht unwahrscheinlich; dagegen ist die Annahme einer besonderen Wirkung der Phosphorsäure auf die Herztätigkeit nicht erwiesen. Jedenfalls bewirken aber die Phosphorsäure und andere Mineralsäuren infolge ihrer Unverbrennlichkeit im Körper Veränderungen in den Ausscheidungsorganen, deren Tragweite nicht übersehen werden kann. Die Verwendung von anorganischen Säuren widerspricht überhaupt dem Begriff der normalen Beschaffenheit der künstlichen Limonaden und ihrer Grundstoffe; sie darf deshalb nicht geduldet werden. Dagegen würde der Verwendung von Gärungsmilchsäure, die durch ihre leichte Verbrennlichkeit den Fruchtsäften sehr nahe steht, nichts entgegenstehen; sie ist ein einwandfreies Ersatzmittel und zu denselben billigen Preisen wie in Friedenszeiten erhältlich.

Auf Grund dieser Gutachten hat der preuß. Minister des Innern die Verwendung von Phosphorsäuren und anderen Mineralsäuren zu Limonaden durch Erlaß vom 16. April 1916 (s. Beilage zu Nr. 11, S. 68) als unzulässig erklärt.

Rpd.

Pilzvergiftungen im Deutschen Reiche im Jahre 1915.

Nach einer auf Zeitungsnachrichten und eigenen Ermittelungen beruhenden Zusammenstellung, die der Gymnasialoberlehrer Dr. G. Dittrich-Breslau in den Berichten der Deutschen botanischen Gesellschaft (Band XXXIII S. 508) veröffentlicht, sind im Deutschen Reiche im Jahre 1915 248 Personen infolge des Genusses schädlicher Pilze erkrankt und 85 von ihnen (darunter 52 Kinder) verstorben. Bei der Zusammenstellung nicht berücksichtigt sind solche Fälle, in denen verdorbene Pilze als Anlaß der Gesundheitsstörung angegeben wurden, und ebenso Erkrankungen, bei denen Nachforschungen ergaben, daß Pilze nicht mit Sicherheit als die Ursache der Erkrankung nachgewiesen waren. In weitaus den meisten Fällen waren die Todesfälle auf den Genuß des gefährlichsten aller Giftpilze, des Knollenblätterschwamms (Amanita phalloides) zurückzuführen, der — worauf ganz besonders zu achten ist — in einer grünen Spielart vorkommt und oft mit dem Grünling (Grünreizker, Tricholoma equestre) verwechselt wird. Nächst dem Knollenblätterschwamm wurde der Giftreizker (Lactaria torminosa) als Ursache der Vergiftungen angegeben. Für die Häufung der Vergiftungsfälle im Jahre 1915 wird neben der Unkenntnis der wenigen dabei in Betracht kommenden Pilzarten in erster Linie das günstige, ertragreiche Pilzjahr verantwortlich gemacht. Wo sich Angaben über die Herkunft der giftigen Pilze fanden, war fast stets gesagt, sie seien von den Erkrankten selbst gesammelt worden; einige Male hatte man die giftigen Pilze auf der Straße oder unterwegs von unbekannten Leuten gekauft, und nur in einem Falle waren sie auf dem öffentlichen Markte gehandelt worden. Nach wie vor sind die alten Behauptungen von allgemein gültigen Erkennungszeichen für eßbare oder giftige (Vorhandensein von Milchsaft, klebrige Beschaffenheit des Hutes) und Prüfungsmitteln (Braunfärbung eines silbernen Löffels, Verfärbung einer Ziebel) vielen zum Verhängnis geworden. Entgegen dieser noch weit verbreiteten Anschauung

muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß vor schädlichen Folgen allein die genaue Kenntnis der besonderen Merkmale der einzelnen Giftpilze schützt. Diese sind außer in den gebräuchlichen Pilzbüchern von Michael, Gramberg u. a. auch in dem vom Kaiserlichen Gesundheitsamt herausgegebenen, 1 farbige Tafel enthaltenden Pilzmerkblatt (Ausgabe 1913, Verlag von Julius Springer in Berlin W., Preis 15 Pfg.) aufgeführt.

(Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes; 1916, Nr. 16.)

4. Hebammenwesen.

Ein paar alte Wünsche für das Hebammenwesen. Von Direktor Dr. Rissmann, Direktor der Hebammenschule in Osnabrück. Gynäkologische Rundschau; 1916, H. 1 und 2.

Verfasser macht mit Recht auf die Unbilligkeit der Prüfungsvorschriften für Hebammen aufmerksam, wonach bei Hebammenschülerinnen, die die Prüfung nicht bestehen, eine Wiederholung der Prüfung ausgeschlossen ist. Er schlägt vor, eine solche nach einer weiteren Lehrzeit von 3 oder 4½ Monaten zu gestatten, und befürwortet auch für schwach begabte, langsam denkende, aber sonst pflichteifrige und zuverlässige Hebammenschülerinnen eine solche Verlängerung. Er betont weiterhin die Notwendigkeit eines Reichsgesetzes für Wochenbettpflegerinnen, indem er auf die große Kindersterblichkeit und höhere Erkrankungsziffer der Mütter hinweist bei den Geburten, die von Aerzten geleitet und bei denen unter Ausschaltung der Hebammen die Wochenbettpflege in den Händen von Wochenbettpflegerinnen ruht. Nach seiner Ansicht sollten diese weder zu Hebammendiensten noch zu Diensten einer Säuglingspflegerin verwendet werden dürfen. Rpd.

Besprechungen.

Dr. M. T. Schnirer-Wien, Herausgeber der klinisch-therapeutischen Wochenschrift: **Taschenbuch der Therapie** mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in den Berliner, Wiener und anderen deutschen Kliniken. Zwölfte Ausgabe. Würzburg 1916. Verlag von Curt Kabitzsch. Taschenbuchform. 476 S.; Preis: geb. 2,50 M.

Mit Rücksicht auf den jetzigen Krieg sind in der neuen Auflage des Schnirerschen Taschenbuches besonders die wichtigsten feldärztlichen Erfahrungen berücksichtigt und die Abschnitte über Cholera, Dysenterie, Erfrierungen, Pediculosis, Tetanus, Typhus einer gründlichen Umarbeitung unterzogen. Auch die wichtige Methode der perkutanen Tuberkulinanwendung ist ausführlich geschildert und im therapeutischen Jahresbericht über 120 neue therapeutische Anregungen und Vorschläge berichtet. Verfasser ist es dadurch gelungen, das Taschenbuch auf der Höhe der Zeit zu erhalten und ihm infolgedessen die bisherige weite Verbreitung zu sichern. Rpd.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In seiner letzten Sitzung am 8. d. Mts. hat der Reichstag das Gesetz betreffend **Herabsetzung der Altersgrenze für die Bezugsberechtigung der Altersrente vom 70. auf das 65. Lebensjahr** in der von dem Ausschuß vorgeschlagenen Fassung (s. Nr. 10 dieser Zeitschrift, S. 311)[1]) angenommen.

Im **preussischen Herrenhause** gelangte in der Sitzung vom 8. d. M. der Antrag des Generaloberst Dr. Freiherrn **v. Bissing**, betr. eine **stärkere Berücksichtigung der Sexualpädagogik** an den Lehrerseminaren und Hochschulen, Aufnahme der **Haut- und Geschlechtskrankheiten als Prüfungsgegenstand** bei der ärztlichen Staatsprüfung, planmäßige Belehrung **der Schüler und Schülerinnen** vor ihrer Entlassung aus der Schule über Geschlechtskrankheiten usw. (s. Nr. 7 d. Zeitschrift, S. 214), zur Beratung. Der Antrag wurde von dem Berichterstatter, Generaloberarzt Prof. Dr. **Neuber**-Kiel, unter Hinweis

[1]) Es ist hier irrtümlich Bezugsberechtigung der „Altersgrenze" statt „Altersrente" gedruckt.

auf die durch den Krieg bedingten Zunahme der Geschlechtskrankheiten warm befürwortet Die nationalökonomische Bedeutung dieser Krankheiten werde durch die Tatsache erörtert, daß in Preußen durch Geschlechtskrankheiten jährlich das Volksvermögen um 150 Millionen Mark geschädigt wird, durch den Typhus dagegen nur um 8 Millionen Mark. Aus den Lebensversicherungsakten gehe hervor, daß von den sich Meldenden etwa 20 Prozent an Geschlehtskrankheiten gelitten haben. Ihre Prozentziffer sinkt mit der Größe der Städte; von 1000 ausgehobenen Rekruten sind z. B. in Berlin etwa 41 geschlechtlich erkrankt befunden, in Bremen nur 10 und auf dem Lande liegen die Verhältnisse noch viel günstiger. Von den Arten der Geschlechtskrankheiten: die Gonorrhöe, die Syphilis und das weiche Geschwür kommt nur den beiden erstgenannten eine wesentliche Bedeutung zu; sie können, rechtzeitig und richtig behandelt, geheilt werden, und zwar endgültig geheilt werden. Daran fehlt es aber oft, weil häufig in falsch angebrachtem Schamgefühl die Erkrankten sich nicht an einen tüchtigen Arzt wenden, sondern auf Reklame oder Kurpfuscher hereinfallen, um sodann, nicht allzu selten nach längerem Kranksein, dauerndem Siechtum zu verfallen. So kann die Gonorrhöe in einen chronischen und sehr schwer zu heilenden Zustand übergehen, zu weiterer Erkrankung benachbarter Organe und schließlich zur Sterilität führen. Dazu kommt, daß viele junge Männer, die erkrankt waren, sich für gesund halten, es aber nicht sind, bona fide heiraten und ihre Frauen infizieren, die dann an Unterleibsleiden erkranken, die Siechtum und gleichfalls Sterilität zur Folge haben können. 11 Prozent aller Ehen in Deutschland sind kinderlos; in der Hälfte davon muß diese Kinderlosigkeit auf die Rechnung der Geschlechtskrankheiten geschrieben werden. Bei 30—40% der vorhandenen Blinden ist die Blindheit durch gonorrhoische Infektion bei der Geburt bedingt. Die Syphilis ist eine womöglich noch schlimmere Krankheit als die Gonorrhöe. Hier können sich nach jahrelanger scheinbarer Gesundheit schwere Spätfolgen einstellen, die durch Herz-, Gefäß-, Gehirn-, Rückenmarkkrankheiten usw. eventuell noch nach 20 bis 30 Jahren zum Tode führen; durch die Infektion der Frauen werden ferner Frühgeburten, Totgeburten und alle möglichen Frauenkrankheiten hervorgerufen. Gonorrhöe und Syphilis zusammen bedingen für Deutschland eine jährliche Schädigung der Geburtenziffer um etwa 300000 Kinder und bilden somit die hauptsächlichsten Ursachen des Geburtenrückganges.

Die sexuelle Frage ist aber nicht nur eine Frage der Volksgesundheit, sondern auch eine Volkserziehungsfrage. Der Sexualpädagogik fällt die Aufgabe zu, die jungen Menschen zu einem gesunden und natürlichen Geschlechtsleben zu erziehen. Der Geschlechtstrieb ist ja durchaus nichts Gemeines und Niedriges, im Gegenteil, er ist eine normale, gesunde, natürliche Betätigung, freilich ein Gut, das nicht besudelt und vergeudet werden darf. Das aber geschieht in einer mit der Industrialisierung und Landflucht, mit dem Wachstum der Städte zunehmenden, Moral und Gesundheit schädigenden Weise. Die Ursachen der sexuellen Verwilderung liegen in dem allgemeinen Genußtaumel und in dem dadurch bedingten Niedergang der Charakterbildung. Die beste sexuelle Erziehung ist eine vernünftige allgemeine Erziehung auf ethisch-religiöser Grundlage. Daran fehlt es in vielen Volkskreisen leider ganz außerordentlich, und in der Richtung Anleitung zu geben, ist ein Hauptzweck des Antrags Bissing. Die Sexualpädagogik soll eine Erziehung zur Konzentration des Willens und zur Beherrschung des Willens sein, zur Stärkung des Geistes gegenüber den Naturtrieben. Der naturwissenschaftliche Unterricht in den Volks-, Mittel- und Hochschulen bietet ebenso wie der Religions-, Geschichts- und Literaturunterricht genügend Gelegenheit, sexuelle Fragen zu streifen und das Verständnis für den hohen Wert der Keuschheit und der Selbstbeherrschung sinnlichen Trieben gegenüber zu fördern. Hinter dieser sittlichen Pflege darf natürlich die körperliche Stählung in keiner Weise zurückbleiben, sie ist vielmehr durch Turnen, Wandern, Bäder, Reinlichkeit, durch jeden vernünftigen Sport, besonders auch im Anschluß an die deutschen Jugendvereine zu fördern, und zwar bei vernünftiger nicht zu opulenten Ernährung und Verbot jeden Alkohol- und Tabakgenusses vor einem gewissen Lebensalter. Kurz vor der Entlassung aus den höheren und mittleren Schulen sowie für Fortbildungsschüler und auch für Volksschüler sollten nach dem Vorgang der Handelsschulen hygienische Belehrungen stattfinden; damit aber auch

den Eltern das Verständnis für eine derartige Erziehung nicht abgeht, empfiehlt sich die Einrichtung von Elternabenden, um den Eltern durch Aerzte, Geistliche, Lehrer die Verpflichtung, Notwendigkeit und Durchführbarkeit einer sexualpädagogischen Erziehung zum Bewußtsein zu bringen. Deshalb muß auch die Sexualpädagogik baldigst in die staatliche Ausbildung der seminaristischen und akademischen Lehramtskandidaten eingefügt werden, um in nicht allzu langer Zeit das erforderliche Lehrpersonal zur Verfügung zu haben.

Für eine grundlegende Besserung der Verhältnisse sind allerdings auch vorbeugende Maßnahmen auf anderen Gebieten erforderlich: großzügige Boden- und Heimpolitik, Förderung der Gartenstadtbewegung, innere Kolonisation und damit Einschränkung der Landflucht, vor allem aber Einschränkung des Nachtlebens in den Großstädten. Der Kern unseres Volkes ist gut; das haben die großen Taten, die unsere herrlichen Truppen während des Krieges vollbrachten, bewiesen und gezeigt. Um so mehr haben wir Veranlassung, unserer Jugend zu helfen und sie zu der Erkenntnis bringen, daß die wahren Lebenswerte nicht im Sichgehenlassen, nicht im Ausleben, nicht im Genußleben liegen, sondern in der durch Erziehung und Stählung des Körpers und Geistes zu erreichenden höchsten Pflichterfüllung gegen Gott und unsere Mitmenschen.

Generaloberst Dr. Freiherr **von Bissing** betonte zunächst, daß er sich als verantwortlicher Verwalter eines von uns eroberten Landes und durch die Beziehungen zu den an der Westfront kämpfenden Heeresteilen über die so bedauerlichen und verheerenden Wirkungen der Geschlechtskrankheiten und deren so notwendige Bekämpfung ein praktisches Urteil bilden konnte. Mit Rücksicht auf ihre durch den Krieg und infolge des Krieges geförderten Verbreitung und ihre unheilvolle Wirkung auch auf die Schlagfertigkeit des über alles Lob erhabenen Heeres, mit Rücksicht auf ihre gefährliche einschleichende Verseuchung der Familien in der Heimat sowie im Interesse der Einschränkung des Geburtenrückganges darf man nicht einen Augenblick mehr zögern, an die Lösung eines Problems heranzutreten, das der Krieg aufs neue aufgerollt hat und das für die Kraftentfaltung und Krafterhaltung unseres Volkes so bedeutungsvoll ist. Durch den Antrag soll nicht allein der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten kräftig gefördert, sondern auch die Erziehungsfrage, die Aufklärung und Beeinflussung der Jugend zur Lösung gebracht werden. Die bisherige Heimlichtuerei, die Schule und Haus gegenüber dem heranwachsenden Kinde mit allem Geschlechtlichen getrieben haben, hat sicherlich das große sexuelle Elend mitverschuldet; deshalb muß mit ihr gebrochen werden, aber nicht durch rückhaltlose offene Darlegung aller hier in Betracht kommenden Verhältnisse, sondern durch vorsichtige Aufklärung und Belehrung, die von besonders dazu ausgebildeten Lehrern erteilt werden muß, damit das Einhalten richtiger Wege in der sexuellen Erziehung der Jugend gewährleistet ist. Vor tiefeingreifenden Maßregeln soll man nicht zurückschrecken, um die an der Wurzel unserer Lebenskraft nagende Krankheit in ihren Ursachen zu bekämpfen. Der Seuchenherd liegt nicht etwa in dem Okkupations- und Etappengebiet, sondern in der Heimat, was vielfache Beobachtungen bei den aus dem Urlaub geschlechtskrank zurückgekehrten Soldaten bestätigt haben. Deshalb gibt es kein Mäkeln und kein Zaudern, um alles zu versuchen, diese verheerende Volkskrankheit und ihre Seuchenherde in unserm Heimatgebiete ebenso systematisch zu bekämpfen, wie dies bei den anderen übertragbaren Krankheiten durch die Kunst der Aerzte und die Sorgsamkeit der deutschen Verwaltung bereits geschehen ist. Das Problem der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist jedoch nicht zu lösen ohne die religiös-sittliche Einwirkung. Die medizinische Wissenschaft, die soziale Versicherung und die Volksgesundheitspflege arbeiten auf diesem Gebiete zwar einander in die Hände, aber doch nur mit begrenzten Möglichkeiten. Alle ihre segensreichen Bemühungen sind mehr oder weniger machtlos, jedenfalls unzureichend ohne die Volkserziehung zur Volksgesundung. Hier muß die religiös-sittliche Einwirkung ihre Schuldigkeit tun, aber nicht allein oder für sich, sondern auf allen drei Gebieten muß ein Zusammenwirken stattfinden und insbesondere vor der Ueberschätzung der Kräfte der einzelnen Faktoren muß unbedingt gewarnt werden. Die Gesundheit der nach uns folgenden Generation zu erhalten und zu festigen, ist eine Aufgabe, der wir

uns, gerade in Rücksicht auf die schweren Blutopfer, die Deutschland gebracht hat, unterziehen müssen. Zur Durchführung und Erfüllung dieser Aufgaben soll der Antrag beitragen.

D. v. Trott zu Solz, Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten, erklärt sich zunächst mit dem Wunsche, daß eine weitgehende Unterstützung der Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erfolgen möge, einverstanden; das sei jedoch schon bisher geschehen und werde auch künftig durch das Ministerium des Innern, zu dessen Geschäftsbereich derartige Unterstützungen gehören, erfolgen, wenn diese Gesellschaften wertvolle Dienste in dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten leisten und die Behörden bei dieser Aufgabe unterstützen. Auch den Wunsch betreffs Aufnahme der Haut- und Geschlechtskrankheiten als besonderes Prüfungsfach bei der ärztlichen Staatsprüfung hält der Minister für berechtigt und erklärt sich bereit, ihn bei den darüber zurzeit schwebenden Verhandlungen zur Geltung zu bringen. Desgleichen wird er der von ihm ebenfalls als berechtigt anerkannten Forderung, daß bei der Lehrerausbildung auf die Sexualpädagogik die gebührende Rücksicht genommen werde, im Rahmen der hier ausgesprochenen Wünsche Folge geben und für eine stärkere Berücksichtigung der Sexualpädagogik bei der Ausbildung und Prüfung für das Lehramt Sorge tragen. Die Lehrer müssen immer mehr zu Erziehern der Jugend gemacht werden, damit sie auch Einblick in deren körperliche Entwicklung haben, und mehr Einsicht erhalten von dem Einfluß, den diese Entwicklung auf Seele und Gemüt der Jugend ausübt. Sie sollen Verständnis haben für die Freuden, für die Bedürfnisse der Jugend, aber auch für ihre Nöte und die Gefahren, die ihre Entwicklung zur Reife begleiten. Dazu hat die Schule die Mittel auf ethischem Gebiete. Ihr ist von jeher die sittlich-ethische Einwirkung auf die ihr anvertraute Jugend oberster Grundsatz der Erziehung gewesen, und auf diesem Wege wird sie beharren müssen. Je mehr der Wille gestärkt, der Charakter gefestigt wird, um so mehr wird die Jugend vor Verirrungen auch in geschlechtlicher Hinsicht bewahrt werden. Nach diesem Ziele, nach der Festigung des Charakters und des Willens, strebt die Schulverwaltung planmäßig hin. Sie tut es auch durch eine stärkere Anspannung des jugendlichen Körpers, indem sie ganz bewußt unter dem Gesichtspunkt, vor geschlechtlichen Verirrungen zu bewahren, Turnen, Bewegung im Freien, Spiel und Sport fördert. Sie tut es vor allem aber in dem Unterricht selbst, wozu dieser in den verschiedenen Lehrfächern, besonders im Religions-, Geschichts- und naturwissenschaftlichen Unterricht mannigfache Gelegenheit gibt. Darauf, daß diese Aufgabe von den Lehrern immer besser erfüllt wird, wird das eifrige Bemühen der Schulverwaltung sein. Nicht Aufgabe der Schule ist es dagegen, in dem Unterricht direkte sexuelle Belehrungen zu geben; das könnte verhängnisvolle Folgen für das Erziehungswerk bringen. Anders liegt die Sache, wenn den Schülern der höheren Lehranstalten nach Ablegung der Reifeprüfung vor ihrer Entlassung von berufener Seite eine Belehrung gegeben wird, in der sie vor den ihnen drohenden sittlichen Gefahren gewarnt werden. Dabei ist aber die Zustimmung der Eltern nicht zu entbehren; auch muß die Gewähr gegeben sein, daß der Belehrende mit Takt zu verfahren und seine Hörer mit ethischer Ueberzeugungskraft zu belehren vermag. Solche Versuche sind schon wiederholt mit gutem Erfolge gemacht worden. Man soll sich jedoch von diesen Aufklärungen nicht zu viel versprechen, denn auch unter den völlig Aufgeklärten, z. B. unter den Studenten der Medizin, grassiert die Seuche nicht weniger als unter den Studenten der anderen Fakultäten. Wollen wir eine wirkliche Besserung auf diesem Gebiete, dann müssen Ethik, Moral und Religion mitwirken; ohne sie geht es nicht. Gewiß muß von den berufenen Stellen alles Geeignete auf polizeilichem, strafrechtlichem, hygienischem und sanitärem Gebiete geschehen; aber damit allein ist es nicht getan. Wenn allgemein im Leben des Volkes, namentlich auch in seinen gebildeten Kreisen, nicht auf eine größere Sittlichkeit hingestrebt wird, wenn es nicht gelingt, die in Religion und Moral beruhenden Kräfte zu beleben, das Verantwortungsgefühl des einzelnen gegen sich selbst und gegen die Allgemeinheit zu stäzken und ihn von der Laxheit der Auffassung in geschlechtlichen Dingen zu befreien, dann wird es nicht möglich sein, dem Uebel, das an der Wurzel des Volkes nagt, wirklich Abbruch zu tun.

Fürstbischof Dr. **Bertram**-Breslau schließt sich im großen und ganzen den Ausführungen der Vorredner an. Alle Faktoren, die zur Erziehung des Menschen mitzuwirken haben, müssen hier Hand in Hand arbeiten, neben den Eltern die Schule, die Kirche und auch die Vereine, die sich für Jugendliche besonders eignen. Insbesondere hat die Kirche als Hüterin des christlichen Sittengesetzes die Menschheit zu sittlich-religiösem Denken und Handeln zu erziehen. Mit Aufklärungen und mit Warnungen vor den üblen Folgen allein ist oft recht wenig getan. Aufklärung kann nützen, wenn sie zur rechten Zeit und in recht diskreter Form dargeboten wird; Aufklärungen müssen schaden, wenn sie zur Unzeit dargeboten werden, und ohne zarte Diskretion erfolgen. Redner befürwortet dann den von ihm gestellten Verbesserungsantrag, wonach der Abs. 1c (in dem ursprünglichen Antrag Ziffer 3) die Fassung erhalten soll: „eine zur Verhütung geschlechtlicher Verirrungen geeignete sittlich festigende Beeinflussung der Schüler und Schülerinnen aller Schulgattungen". Außerdem bittet er in Abs. 1d (früher Nr. 5) die Erwähnung bestimmter Organisationen, die unterstützt werden sollen, zu streichen.

Nach einem Schlußworte des Berichterstatters Prof. Dr. **Neuber**, in dem er noch besonders hervorhebt, daß bei der Sexualpädagogik die Medizin nicht vernachlässigt werden darf und sich für die Erteilung des betreffenden Unterrichts an höheren Schulen besonders der Arzt eigne, wird der Antrag v. Bissing mit den vom Fürstbischof Dr, Bertram vorgeschlagenen Aenderungen angenommen.

50jähriges Doktorjubiläum. Am 15. d. Mts. hat der Geh. Med.-Rat Dr. **Max Hirsch** in Magdeburg sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Er ist, seit dem er im Jahre 1867 die ärztliche Prüfung in Halle a. S. bestanden hat, stets in seiner Heimatstadt als praktischer Arzt tätig gewesen. Im Jahre 1874 wurde er Mitglied des Medizinalkollegiums für die Provinz Sachsen und im Jahre 1895 zum Regierungs- und Medizinalrat bei der Regierung in Magdeburg ernannt. Gesundheitliche Verhältnisse zwangen ihn, aus dieser Stellung im Jahre 1906 auszuscheiden. Erfreulicherweise hat sich aber seitdem sein Gesundheitszustand so gebessert, daß er sein Jubiläum in voller körperlicher und geistiger Frische feiern konnte. Möge ihm diese Frische noch viele Jahre erhalten bleiben!

Die Vereinigung für Familienwohl im Regierungsbezirk Düsseldorf hat vor kurzem unter dem Vorsitz des Regierungspräsidenten Dr. Kruse eine Versammlung der Vorsitzenden aller Ausschüsse abgehalten. Nach den Berichten über die bisherigen Arbeiten sind in den Ausschüssen mehr als 200 Mitglieder aus allen Berufsständen vereinigt, die an der großen Frage, wie dem Geburtenrückgang im deutschen Volk entgegenzutreten sei, eifrig und mit großem Sachverständnis arbeiten. Die Zuerkennung von Ehrengaben an kinderreiche Mütter hat bei den bedachten Müttern das Bewußtsein geweckt und gestärkt, daß sie durch die Pflege und Erziehung so zahlreicher Kinder dem Vaterlande einen großen Dienst geleistet haben, und daß dieses Verdienst anerkannt wird. Jedenfalls steht die erfreuliche Tatsache fest, daß es auch in den minderbemittelten Schichten des Volkes und in einem großen industriellen Bezirk noch sehr zahlreiche Mütter gibt, die eine große Zahl von Kindern erfolgreich groß ziehen. Die Vereinigung schöpft aus dieser Tatsache die Gewißheit, daß eine befriedigende Lösung dieser wichtigen Lebensfrage des deutschen Volkes keine Unmöglichkeit sei. Man war in der Versammlung der Meinung, daß das Problem zwar im Grunde ein sittliches und ethisches sei, daß es aber praktisch nicht durch sittliche und religiöse Einflüsse allein gelöst werden könne, sondern daß durchgreifende wirtschaftliche und soziale Hilfe für die kinderreichen Familien notwendig sei. Die Wohnungsfrage, die Lohn- und Gehaltsfrage und auch die Steuerfrage sind von den Ausschüssen eingehend untersucht worden. Vorschläge und Gedanken werden demnächst in Berichten und Anträgen greifbare Gestalt erhalten. Mit Befriedigung wurde festgestellt, daß sich die Oeffentlichkeit, namentlich Presse, Parlament und Regierung fortgesetzt mit der Frage der Erhaltung der Volkskraft durch Bekämpfung des Geburtenrückgangs befassen. Besonders wurde noch betont, daß

bei vorhandenen Stiftungen und bei Einrichtungen von Kinderheimen, Ferienkolonien usw. schon heute Wert darauf gelegt werden sollte, kinderreiche Familien regelmäßig vorzuziehen. (Kölnische Zeitung vom 14. Juli 1916.)

In Gegenwart der hohen Protektorin Ihrer Königlichen Hoheit der Herzogin Viktoria Luise zu Braunschweig und Lüneburg findet am Mittwoch, den 21. Juni 1916, vormittags 11 Uhr in Berlin im Sitzungssaal des Herrenhauses die **Gründungs-Versammlung von „Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz“** statt. Auf die Tagesordnung sind gestellt: 1. Begrüßungsansprache des Vorsitzenden, Kabinetsrat a. D. Dr. Dr. v. Behr-Pinnow; 2. Vortrag von Prof. Dr. Langstein: „Die Aufgaben des Säuglings- und Kleinkinderschutzes im Deutschen Reiche;“ 3. Geschäftsbericht erstattet von Hofrat Meier.

Preisausschreiben füz künstliche Beine. Die Gesellschaft für Chirurgie-Mechanik in Berlin hat auf der am 27. April im Kaiserin Friedrich-Haus zu Berlin stattgehabten Hauptversammlung einstimmig beschlossen, **10000 Mark** als Preise für neue und beste Konstruktionen von künstlichen Beinen auszusetzen.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Kasse:

Oberarzt d. Res. Dr. Agerley-Augustenburg (Holstein).
Generaloberarzt Dr. Doebbelin-Düsseldorf, Korpsarzt des IX. Armeekorps.
Generalarzt Dr. Haeckel-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Benno Hallauer-Charlottenburg.
Oberarzt d. Res. Dr. Bruno Häuser-Hohenstein (Ostpreußen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Willers Jessen-Celle.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Fritz Laquer-Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. Res. Dr. Emil Löwisohn-Breslau.
Obergeneralarzt Dr. Reh-München.
Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. W. Reipen-Siegen.
Generalober- und Divisionsarzt Dr. Reischauer-Jauer (Schlesien).
Stabsarzt d. L. San.-Rat Ernst Rothschuh-Aachen.
Oberstabs- und Korpsarzt Dr. Schulz-Mühlheim a. Ruhr.
Stabsarzt d. L. Dr. Stolper-Schweidnitz.
General- und Korpsarzt Dr. Würdinger-München.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Stabs- und Reg.-Arzt Dr. Eduard Schmitt-Edesheim, staatsärztlich geprüft.
Oberarzt d. Res. Dr. Stölting, Kreisassistenzarzt in Stade.
Stabs- und Bataillonsarzt d. Res. Dr. Ludwig Zorn-Frankenthal (Pfalz) staatsärztlich geprüft.

Außerdem haben erhalten: Den Bayerische Militär-Vedienst-Orden IV. Klasse: die staatsärztl. geprüften Aerzte Stabs- u. Regimentsarzt Dr. Eduard Schmitt-Edesheim (Pfalz) und Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Ludwig Zorn-Frankenthal (Pfalz); das Königl. Sächsische Kriegsverdienstkreuz: Prof. Dr. Kruse-Leipzig; das Großherzoglich Hessische Sanitätskreuz am Bande der Tapferkeitsmedaille: Generaloberarzt und Reservelazarettdirektor Dr. Siegert, Stabs- und Chefarzt Med.-Rat Prof. Dr. Walther, Oberstabsarzt San.-Rat Dr. Zinsser, sämtlich in Gießen; das Bremische Hanseatenkreuz: Oberarzt d. Res. Stölting, Kreisassistenzarzt in Stade.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Oberarzt d. Res. Dr. Paul Bert-Miltenberg (Unterfranken).
Dr. **Erich Bosse**-Kosten (Posen), Kreisarzt in Konin (Russ.-Polen)., an Flecktyphus gestorben.
Oberarzt d. Res. Dr. G. Breitning-Lankwitz bei Berlin (an Flecktyphus gestorben).

Oberarzt d. Res. Dr. Wilh. Bulach-Tübingen.
Oberstabsarzt Dr. Otto Burkhardt-Dresden.
Assistenzarzt d. L. und Bataillonsarzt Dr. Paul Eichwald-Hannover.
Stabsarzt d. L. Dr. Rudolf Goering-Friedrichroda (Thüringen) (an Herzschlag gestorben).
Oberarzt d. Res. Dr. Marian Gorski-Jaroslawitz (Posen).
Feldunterarzt Erich Grahlmann-Esens (Ostfriesland).
Vertragsarzt Dr. Grunau-Kühlow bei Neubrandenburg (infolge von Krankheit gestorben).
Feldunterarzt W. Henrard.
Feldunterarzt Hans Hensel-Schlawa (Schlesien).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Hiddemann-Hückeswagen (Reg.-Bez. Düsseldorf).
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Hoffmann-Görlitz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Walter Kallernberger-Klosterreichenbach (Württemberg).
Assistenzarzt Dr. H. Küstin.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Lehmann, 74. Inf.-Regt.
Vertragsarzt Dr. Ludwig Lissauer-Berlin-Neukölln.
Oberstabsarzt Dr. Arthur Martin-Longeville bei Metz.
Marineassistenzarzt d. Res. Dr. Ludwig Schaller-Stuttgart.
Marineunterarzt Dr. H. E. Schönitz-Berlin.
Oberarzt d. L. Dr. Emil Schreiber-Darmstadt (in russischer Gefangenschaft gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Paul Schulz-Bremen.
Feldunterarzt P. Wertheim.
Generaloberarzt Dr. Wichmann-Branitz (Oberschlesien) (infolge von Krankheit gestorben).
Marineoberstabsarzt d. L. Dr. Ernst Winckler-Bremen.

Cholera. Im Deutschen Reiche sind ebenso wie in Oesterreich und Ungarn keine Erkrankungen an Cholera mehr vorgekommen und in Bosnien und der Herzegowina nur eine Erkrankung in der Woche vom 14. bis 20. Mai.

Fleckfieber. Im Deutschen Reiche sind vom 21. Mai bis 3. Juni 3 und 4 Erkrankungen unter Kriegsgefangenen ermittelt, in Oesterreich vom 19. März bis 22. April: 731, 672, 577, 610 und 677 (davon in Galizien und in der Bukowina: 440, 489, 431, 532 und 588), in Ungarn vom 24. April bis 7. Mai 13 bezw. 15 Erkrankungen.

Pocken. In den drei Wochen vom 21. Mai bis 10. Juni sind im Deutschen Reiche 6, 8 und 6 Erkrankungen festgestellt, in Oesterreich in den Wochen vom 19. März bis 22. April: 1171, 934, 822, 600 und 408 Erkrankungen (dsvon in Galizien und in der Bukowina: 1095, 846, 754, 521 und 332).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 7. bis 27. Mai 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Trichinose, Rotz, Aussatz, Tollwut, Milzbrand: — (—), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 6 (—), 9 (—); Pocken: 13 (—), 4 (2), 3 (—); Unterleibstyphus: 124 (11), 147 (15), 132 (8); Ruhr: 18 (2), 26 (3), 29 (2); Diphtherie: 1960 (110), 1962 (92), 2007 (125); Scharlach: 1349 (62), 1212 (58), 1378 (56); Kindbettfieber: 57 (13), 57 (19), 45 (10); Genickstarre: 24 (8), 18 (7), 19 (9); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 1 (—), 56 (—), 11 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 79, 91, 127; Tuberkulose (gestorben): 894, 958, 900.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 13. Ausgegeben am 5. Juli 19

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 13.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse: dem Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund (aus Anlaß geleisteter Hülfe bei einem Eisenbahnunglück).

Königreich Bayern.

Ausgeschieden auf Ansuchen: Prof. Dr. Wirthle-Würzburg aus der Stelle eines Suppleanten des Medizinalkomitees der Universität Würzburg.
Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. V. Poehlmann-Bamberg.

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 13.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Juli.

Aus dem Hygienischen Institut der Universität Halle (stellvertretender Direktor: Privatdozent Dr. W. Schürmann).

Ein Fall von Meningitis, herbeigeführt durch einen milzbrandähnlichen Bacillus.

Von Privatdozent Dr. W. Schürmann.

Am 20. Januar ds. Js. wurde aus Erfurt dem Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten ein Lumbalpunktat zur Untersuchung auf Meningokokken zugesandt. Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung ergab einen in die Gruppe des Milzbranderregers gehörenden Bacillus, über den ich später genauer berichten werde.

In der Literatur sind von verschiedenen Autoren dem Milzbrand sehr nahe verwandte Bazillen beschrieben worden, so von Hartleb und Stutzer[1]), die einen Bacillus pseudanthracis (Burri)[2]) im amerikanischen Fleischmehl feststellten, der Eigenbewegung hatte, die hauptsächlich bei Züchtung in Bouillon auftrat. In der Bouillon beobachteten sie diffuse Trübung mit späterer Klärung und Häutchenbildung. Die Virulenz für Mäuse und Meerschweinchen

[1]) Zentralblatt für Bakteriologie; 2. Abt., Bd. 23, S. 81.
[2]) Hygienische Rundschau; 1904, H. 8.

war gering. Bei Bruttemperatur zeigte sich ausgiebige Sporenbildung; im übrigen waren alle Merkmale dem Milzbrandbacillus täuschend ähnlich.

Von Hueppe und Wood wurden aus dem Boden (Wasser und Erde) Bazillen gezüchtet, die den Milzbrandbazillen zum Verwechseln gleichen. Sie sind unbeweglich; mikroskopisch sind sie dem Bacillus subtilis ähnlicher. Hueppe nennt seinen Bacillus „anthracoides“. — Weiter wurde von Mc. Farland[3]) ein vollkommen apathogener Milzbrandbacillus auf einer Laboratoriumsplatte nachgewiesen, den er als Bacillus anthracis similis bezeichnet. — Zikes[4]) züchtete aus Wasser einen milzbrandähnlichen Mikroorganismus, der sich vom Milzbrandbacillus nur durch Apathogenität und Beweglichkeit unterscheidet. Weiter hat Baumann[5]) einen beweglichen milzbrandähnlichen Bacillus aus dem Brunnenwasser gezüchtet, der auf Bouillon Häutchen bildete, Gelatine verflüssigte und Milch koagulierte. Dieses Bakterium war nur für Mäuse pathogen. — Ferner sind von Klein im Blut einer Kuh, die an Milzbrand gestorben sein sollte, milzbrandähnliche Bazillen gefunden, „Baz. sessilis“ genannt. — Von Kaesewurm[6]) ist ein Pseudomilzbrandbacillus beschrieben worden, den er in Substraten tierischen Ursprungs, Blut, Milzsaft, Milch, auf Heu, Fließpapierstückchen, Wollfäden usw. fand. Dieser Pseudo-Milzbrandbacillus unterscheidet sich von dem echten Milzbrandbacillus durch den Mangel an Pathogenität, durch Eigenbewegung, ferner durch Trübung der Bouillon, Häutchenbildung und bandförmiges Wachstum in Nährgelatine unter energischer Verflüssigung derselben. Von dem Bacillus anthracoides Hueppe und dem Bacillus Wahrlich unterscheidet er sich ebenfalls durch Eigenbewegung, und von dem ersteren noch dadurch, daß er nicht wie dieser endständige Sporen bildet. Er scheint dagegen mit dem von Burri[7]) und Baas[8]) beschriebenen Bacillus pseudanthracis identisch zu sein. — Der Vollständigkeit halber sei noch an die Untersuchungen von Ottolenghi[9]) erinnert, der in 3 Fällen milzbrandähnliche Stäbchen nachweisen konnte, die aber eher in die Gruppe des Bacillus subtilis gehören. Von Canestrini wurden in kranken Bienen und ihren Larven langsam bewegliche, Gelatine verflüssigende, für Meerschweinchen und Mäuse nicht pathogene Bazillen festgestellt. Sie gehören wahrscheinlich, wie der Bacillus der Aalseuche, in die Gruppe der Heubazillen. Hierher gehört auch der von Klein beschriebene Bacillus leptosporus.

Bevor ich auf den bakteriologischen Teil eingehe, möchte ich kurz die Krankengeschichte mitteilen:

Es handelt sich um das Kind Walter Bornberg, das wegen starken Erbrechens in das Erfurter Krankenhaus gebracht war. Aus der Vorgeschichte ist zu erwähnen, daß es im Sommer vorigen Jahres Krupp mit Tracheotomie im Krankenhaus durchgemacht hatte. Seit Anfang August 1914 hatte das Kind in dem Erfurter Auguste Victoria-Stift gelebt. Es ist dies eine sehr gut eingerichtete Erziehungs- und Pflege-Anstalt, in der etwa 50 schulpflichtige und 40 nicht schulpflichtige Kinder untergebracht sind. In den Monaten vor und nach dem Tode des Kindes Bornberg war nur noch ein einziger weiterer Fall von Meningitis mit tödlichem Ausgang unter diesen Kindern vorgekommen, bei dem aber im Lumbalpunktat echte Meningokokken nachgewiesen wurden. — Die Mutter des Knaben Bornberg ist vor etwa vier Jahren an Lungentuberkulose gestorben. Der Vater ist Zimmermann und arbeitet

---

[3]) Zentralblatt für Bakteriologie; Orig.-Bd. 24, S. 556.
[4]) Zentralblatt für Bakteriologie; Ref., I. Abt., Bd. 32, S. 389.
[5]) Hygienische Rundschau; 1905, S. 7.
[6]) Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene; 1904, 14. Jahrg., H. 5.
[7]) l. c.
[8]) Baas: Inauguraldissertation; Straßburg 1903.
[9]) Zentralblatt für Bakteriologie; Ref.-Bd. 34, S. 380.

schon seit langer Zeit auf der Werft in Wilhelmshaven. Er war zu Weihnachten beurlaubt und hatte seine beiden Kinder vorübergehend in seine alte Wohnung genommen. Aber weder hier noch in 2 Wohnungen, wo sich die Kinder sonst während dieser Zeit vorübergehend aufgehalten haben, war Gelegenheit zu einer Milzbrandübertragung. Der Ausbruch der Erkrankung ist am 16. Januar d. J. plötzlich erfolgt. Das Kind hatte mit den andern Kindern gespielt, war die letzten Tage munter und bei Appetit gewesen. Fieber hatte es nicht gehabt, auch sonst wurde nichts Auffälliges an dem Kinde bemerkt. Mitten im Kreise seiner Gespielen hatte das Kind plötzlich aufgeschrieen, war blaß geworden und hatte sich in Krämpfen gewälzt. Bald trat heftiges Erbrechen dazu, worauf das Kind ins Krankenhaus gebracht wurde. Hier wurde folgender Befund festgestellt:

Mittelkräftiges, 4½ Jahre altes Kind von blasser Gesichtsfarbe, schwerkrankem Gesichtsausdruck.

Bewußtsein völlig getrübt; das Kind zeigt für nichts Interesse; ist auch völlig teilnahmlos bei Berührung und läßt bei schmerzhaften Berührungen keine Aeußerungen hören.

Lebhafte Unruhe, Hin- und Herwälzen im Bett.

Körpertemperatur stark erhöht.

Kopf: Zuckungen im Facialisgebiet, auch Reizung des Trigeminus (Knirschen der Zähne).

Die Pupillen sind verengt und die Augen stehen nach außen.

Zunge etwas belegt; Ohren starke Eiterung und übler Geruch.

Hals: Der Kopf ist tief ins Bett hineingewühlt, es besteht absolute Nackensteifigkeit; versucht man dennoch den Kopf nach vorn zu beugen, so wird der ganze Körper mitgehoben und dabei die Beine im Knie gebeugt. Ebenso Drehen des Kopfes unmöglich.

Wirbelsäule: Bei Druck auf die Proc. spin. nehmen Unruhe und Jaktation zu.

Lunge: o. B., Respiration beschleunigt.

Herz: Aktion sehr beschleunigt, Spitzenstoß kräftig fühlbar.

Puls: sehr frequent, klein.

Abdomen: etwas eingesunken, jedoch nicht sehr stark.

Die Harnentleerung geht unwillkürlich vor sich, fast dauernd liegt das Kind naß.

Extremitäten: Beine immer leicht im Knie gebeugt;

Sensibilität bei Berührung nicht erhöht, fast vermindert.

Reflexe: sehr gesteigert; schon bei Betupfen mit dem Finger ist der Patellarreflex auslösbar.

Temperaturkurve siehe nachstehend.

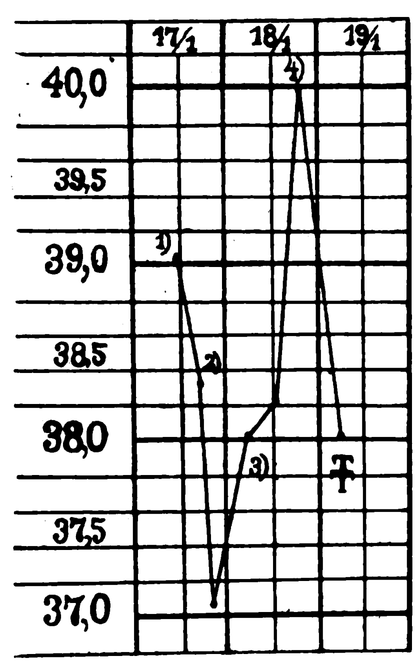
Therapie: Lumbalpunktion. Von dem unter hohem Druck (etwa 280 mm Wassersäule) stehenden Lumbalpunktat, das bei seinem Austritt sehr intensiv trüb und fast eitrig aussah, wurden etwa 40 ccm Flüssigkeit langsam abgelassen, bis der Druck auf etwa 120 mm Wassersäule gesunken ist.

Weitere Verordnung: Eisbeutel auf den Kopf.

Nach der Lumbalpunktion war das Allgemeinbefinden etwas gebessert; die Jaktationen ließen nach und traten nur noch selten auf. Temperatur sank, Puls blieb jedoch hoch.

Am 18. Januar nachts war das Kind wieder unruhiger, schrie viel, wälzte sich hin und her; dazu trat starkes Durstgefühl, es trank sehr oft, brach aber die genossene Flüssigkeit bald wieder aus.

Temperatur-Kurve.



In der Frühe war wieder ein Höhersteigen der Temperatur zu verzeichnen. Die Unruhe legte sich bald, ebenso hörte das Erbrechen trotz reichlicher Flüssigkeitszufuhr auf. Der Puls war immer noch frequent und kräftig.

Abends trat mit zunehmender Temperatur abermals eine Verschlimmerung ein: Erbrechen, hoher, kaum fühlbarer Puls, dazu häufiges Aufschreien und ständige Jaktationen.

19. Januar 1916: Auch in dieser Nacht wieder ständige Unruhe des Kindes, das sehr viel trank, die Flüssigkeit aber wieder erbrach. Gegen Mittag zeigte sich Cheyne-Stokesches Atmungsphänomen.

Um $3^1/_2$ Uhr nachmittags starb das Kind.

Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, ist das Kind unter ausgesprochenen Symptomen einer Genickstarre zugrunde gegangen. Leider ist die Sektion verweigert worden. Das von uns in Halle untersuchte Lumbalpunktat dieses Falles hat folgendes ergeben:

Tuberkelbazillen konnten nicht nachgewiesen werden; ebenso brachte das Kulturverfahren für Meningokokken ein negatives Ergebnis. Dagegen fanden sich plumpe, ziemlich lange Stäbchen, die schwache Eigenbewegung zeigten.

Auf den mit dem Material beschickten Agarplatten waren Kolonien gewachsen, die sich von Milzbrandkolonien äußerlich nicht unterschieden. Die typische Form des Medusenhauptes mit lockigen aufgefaserten Randpartien war deutlich ausgebildet. Eine weitere Prüfung der Einzelkolonie wurde in flüssigen Nährböden vorgenommen. Bouillon wurde gleichmäßig getrübt. Es bildete sich nach dem Aufschütteln und weiterer Bebrütung bei 37° C. auf der Oberfläche ein Häutchen. Mittelständige Sporen wurden gebildet. Milch wurde zur Gerinnung gebracht, das Koagulum aber später nicht wieder aufgelöst. Gasbildung fehlte.

Die in Bouillon gewachsenen Bazillen zeigten schwache Eigenbewegung.

Die mit der Reinkultur geimpften Mäuse sind nach 48 Stunden gestorben; in ihrem Blute ließen sich die gleichen Bazillen nachweisen.

Auf Grund unserer Untersuchung (siehe auch die nebenstehende Uebersicht) wurde die Diagnose abgegeben:

---

[1]) 3 × Erbrechen. [2]) Einlauf. [3]) Lumbalpunktion. [4]) Kampfer 4 × 1,0 g.

Name der Bakterienart	Eigenbewegung	Sporenbildung	Luftbedürfnis	Färbung nach Gram	Verflüssigung der 10 proz. Gelatine	Verflüssigung von Blutserum	Wachstum in Bouillon	Koagulation der Milch	pathogen
1. Der beschriebene Pseudomilzbrandbac. Kaesewurm.	+ In frischen Kulturen oft intensiv, später träger werdend.	+ Spore zentral	+	+	+ Bandförmiges Wachstum. Verflüssigung schichtenweise nach unten fortschreitend. Nach 4—6 Tagen ist der gesamte Gläscheninhalt verflüssigt. Häutchenbildung.	+	Zuerst gleichförmige Trübung unter Bildung einer Kahmhaut. Bildung von Bodensatz, worüber die Bouillon sich später wieder aufklärt.	+	Selbst in großen Dosen für weiße und graue Mäuse nicht pathogen.
2. B. anthracis Cohn und Koch.	—	+	+	+	+ Baumartige Ausläufer vom Stichkanal. Verflüssigung muldenförmig.	+	Bouillon klar. Bildung von Bodensatz.	+	+
3. B. anthracis simulans (B. pseud-anthracis) Wahrlich.	—	+	+	+	+	+	—	—	—
4. B. anthracoides Hueppe u. Wood.	—	+ Spore endständig	+	+	+	—	—	+	Für Meerschweinchen in großen Dosen pathogen.
5. B. pseud-anthracis Burri. Hygienische Rundschau 1894, Nr. 8.	+ sehr träge.	+	+	+	+	—	Gleichmäßige Trübung mit Häutchenbildung.	+	Nicht pathogen für weiße Mäuse.
6. B. pseud-anthrac. Erfurt (Schürmann)	+ träge	+ mittelständig	+	+	+	+	Gleichmäßige Trübung mit Häutchenbildung.	+	Für weiße Mäuse.

Die vorstehende Tabelle, und zwar Fall 1—5, ist aus der Arbeit von Tierarzt Kaesewurm, Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene, 1904, H. 5, entnommen.

Tuberkelbazillen negativ.

Meningokokken negativ; dagegen milzbrandähnliche Stäbchen.

Die Ermittelungen des zuständigen Kreisarztes konnten nicht den geringsten Anhalt für die Möglichkeit einer Milzbrandinfektion bei dem Kinde Bornberg finden. Daß es sich aber mit Sicherheit um eine durch einen milzbrandähnlichen Bacillus herbeigeführte Meningitis hier handelte, ergab eindeutig die bakteriologische Diagnose.

Im übrigen sind in der Literatur Fälle von Meningitis durch Infektion mit Milzbrandbazillen herbeigeführt bekannt. Curschmann fand bei einer Milzbrandsepsis ohne nachweisbare Eingangspforte als Ursache stark hervortretender Gehirnerscheinungen massenhafte Blutungen in der Hirnrinde. Ein weiterer Fall von Milzbrandmeningitis ist von Councilman W. T., Mallory F. B. und Wright J. H. beschrieben.

Weiter möchte ich einen bisher noch unveröffentlichten Fall von Meningitis anthracis kurz mitteilen, den ich während meiner Tätigkeit als Leiter des Untersuchungsamtes am Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten in Bern Gelegenheit hatte, bakteriologisch festzustellen. Es handelte sich um einen Arbeiter einer Bürstenfabrik der Westschweiz, der sich beim Hantieren mit Borsten am Finger ein Milzbrandkarbunkel zugezogen hatte. Durch Kratzen mit seinem infizierten Finger setzte er sich zwei neue Milzbrandkarbunkel im Nacken, die er weiter gar nicht beachtete. Nach 3 weiteren Tagen wurde der Mann während der Arbeit plötzlich schwindelig, erholte sich aber nach einigen Minuten. Erst am nächsten Tage setzte ein erneuter Schwindelanfall ein; es traten meningitische Symptome hinzu. Das entnommene Lumbalpunktat fiel bei der Entnahme durch seine dunkelrote (rostfarbene) Färbung auf. Bakteriologisch wurden von uns morphologisch und kulturell typische Milzbrandbazillen in Reinkultur nachgewiesen, die sich auch für Mäuse und Meerschweinchen als pathogen erwiesen. Der Kranke ist bald gestorben.

Was den Fall Bornberg weiter betrifft, so haben spätere Ermittelungen des zuständigen Kreisarztes ergeben, daß der Knabe kurz vor seiner Erkrankung sich mit Spielsachen beschäftigt hatte, die vielleicht zu seiner Erkrankung beigetragen haben konnten, z. B. mit 2 hölzernen Pferdchen (einem braunen und einem weißen) mit Mähne und Schwanz aus Borsten und Roßhaaren, die er Weihnachten 1915 erhalten hatte, ferner mit einem mit Fell bekleideten kleinen Ziegenbock und mit einer Kuh. Beim Spielen trug der Knabe gewöhnlich eine Lederschürze. Auf eine Anfrage des Kreisarztes hin wurden diese Gegenstände dem Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten hier zur Untersuchung auf Milzbranderreger überwiesen; die Sachen waren noch nicht desinfiziert. Es wurden mit sterilen Instrumenten aus den beiden übersandten Lederschürzen, dann aus dem Ziegenfell

und Kuhfell kleine Teile aus verschiedenen Stellen für die Untersuchung herausgeschnitten. Außerdem wurde Schweif und Mähne der Pferdchen abgeschnitten und kulturell verarbeitet. Wir gingen bei unsern Untersuchungen so vor, daß wir einen Teil der zu verwendenden Stückchen bezw. Borsten (Schweif) für kurze Zeit in sterile Bouillon eintauchten, dann aus dieser Bouillon, die vollkommen getrübt war, Agarplatten und Bouillonkölbchen anlegten. Ein anderer Teil der Borsten wurde im Erlenmeyer-Kölbchen längere Zeit ($^1/_2$ Stunde) einer Temperatur von 55° ausgesetzt, um die Begleitbakterien, die reichlich in den Schürzen und Fellen bezw. Borsten vorhanden waren, abzutöten und möglichst bald eine Reinkultur der gesuchten Erreger zu erhalten.

Unsere bakteriologische Untersuchung ergab folgendes:

In einer Schürze, im Kuhfell, im Schweif des weißen Pferdes, im Schweif des braunen Pferdes (hier sehr reichlich) wurden Bazillen nachgewiesen, die kulturell und mikroskopisch dem echten Milzbrandbacillus außerordentlich ähnlich waren.

Lockenbildung war vorhanden, Sporen wurden gebildet. Milch wurde koaguliert, das Koagulum aber nicht wieder aufgelöst.

Die gezüchteten Bazillen unterschieden sich vom echten Milzbrand dadurch, daß sie die Bouillon trübten; Häutchenbildung wurde beobachtet. Auch zeigten die gezüchteten Bazillen leichte Eigenbewegung. Gasbildung fehlte.

Auf Blutagarplatten wurde im Gegensatz zu den mit echtem Milzbrand beschickten Platten übereinstimmend bereits nach 7stündigem Wachstum Hämolysebildung beobachtet.

Die aus den verschiedenen Gegenständen gezüchteten Bazillen verhielten sich gleichmäßig.

Von 8 subkutan mit dem Material geimpften Mäusen sind 3, und zwar 2 nach Impfung mit Material aus der Lederschürze und eine nach der Impfung mit dem Kuhstamm, verendet. Aus einer mit Lederschürzen-Kultur geimpften Maus haben wir das Ausgangsmaterial in Reinkultur gewonnen und mit den Organextrakten Präzipitationsversuche, jedoch mit für Milzbrand negativem Ergebnis angestellt. Die Organe der übrigen Mäuse waren steril. Auch an den Impfstellen (Maus) waren keine milzbrandverdächtigen Erreger nachzuweisen.

Auf Grund unserer Untersuchungen komme ich zu dem Schlusse, daß es sich bei den gefundenen Bazillen *nicht* um *echten Milzbrand* handelt, sondern um einen dem Milzbrand außerordentlich nahestehenden Bacillus, der für weiße Mäuse, nicht für Meerschweinchen virulent ist.

Die jetzige Untersuchung stimmt mit dem damals erhobenen Befunde aus der Lumbalflüssigkeit „milzbrandähnliches Stäbchen“ durchaus überein.

Da mich die aus diesem Falle gezüchteten Bazillen besonders interessierten, habe ich mich noch eingehend mit ihren verschiedenen *Wuchsformen* beschäftigt.

Die oberflächlich gewachsenen Kolonien des gezüchteten Bacillus mit seiner haarlockenähnlichen Ausbreitung sind innerhalb der ersten 24 Stunden vom echten Milzbrandbacillus nicht zu unterscheiden. Erst später, nach 48stündigem Wachstum, geht die für Milzbrand charakteristische Zeichnung des Kulturrandes mehr oder weniger verloren. Neben diesen Formen waren aber auch Oberflächenkolonien zum Wachstum gelangt, denen die heraldischen Formen fehlten, die als runde kompakte Kolonien erschienen. Die Tiefenkolonien, die beim Milzbrand als „wurzelähnlich" beschrieben sind, werden beim Pseudomilzbrandbacillus am besten als strauchähnlich benannt. Hier geht das dunklere Zentrum der tiefen Kolonie ohne ausgesprochene Uebergänge in die Ausläufer über, die sich im Gegensatz zu den knollenartigen Verdickungen, wie sie beim Milzbrandbacillus in den Ausläufern auftreten, astartig verzweigen und sich zentrifugal zuspitzen.

In den mit verdünnten Anilinfarben gefärbten Klatschpräparaten waren zwei verschiedene Formen von Oberflächenkolonien zu erkennen,

1. solche mit haarlockenähnlicher Struktur wie sie der Milzbrandbacillus aufweist,
2. solche mit unregelmäßiger Anordnung der Stäbchenreihen, wie sie Kaesewurm[10]) auch beim Pseudomilzbrand beobachtet hat.

Diese Beobachtung mußte ich wiederholt machen. Es mußte unbedingt auffallen, daß dieser gefundene Bacillus in den Oberflächenkolonien typische Merkmale aufweist, wie sie der echte Milzbrandbacillus besitzt, daß aber daneben auch Kolonien vom Typus des Pseudomilzbrandbacillus vorkommen. Es wäre aus diesem Verhalten wohl der Schluß berechtigt, daß es sich bei dem gefundenen Pseudomilzbrandbacillus um einen umgeformten Milzbrandbacillus handelt.

In Traubenzuckerbouillon wird kein Gas gebildet, ebenso fehlt Indol und Farbstoffbildung; Lakmusmolke bleibt unverändert. Blutserum, ebenso Gelatine werden verflüssigt. Bouillon wird unter Häutchenbildung gleichmäßig getrübt, im Gegensatz zum Milzbrandbacillus, der nach Sobernheim[11]) die Bouillon nicht gleichmäßig trübt, aber Flockenbildung erkennen läßt, die „gewöhnlich von den tieferen Teilen der Flüssigkeit, wobei die ausgesäten Bakterien infolge ihres Mangels an Eigenbewegung niedersinken, ihren Ausgang nimmt." Die überstehende Bouillon bleibt klar. Ebenso fehlt die Häutchenbildung (Lehmann).[12])

Wie die Infektion bei dem Kinde Bornberg zustande gekommen ist, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Vermutlich sind die Bazillen durch die Nase oder den Mund, sei

---

[10]) l. c.

[11]) Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Kolle und Wassermann; 1913, Bd. 3.

[12]) Lehmann u Neumann: Bakteriologische Diagnostik; 1907, Bd. II.

es durch Verstäubung und Einatmung, sei es durch Uebertragung mittels der Finger, in den Körper eingedrungen.

Gerade die Wohltätigkeitsanstalten, wie hier das Auguste Viktoria-Stift, erhalten nicht selten allerlei Gegenstände geschenkt, die recht zweifelhafter Herkunft sind und die zuweilen von Personen stammen, die nachweislich an übertragbaren Krankheiten gestorben sind. Es werden auch neue Sachen gespendet, die aus billigen Bezugsquellen stammen und daher aus minderwertigen Stoffen zusammengesetzt sind.

Aus dem mitgeteilten Fall ist aufs neue die Lehre zu ziehen, daß sich alle Wohltätigkeitsanstalten, Krankenhäuser, Kinderbewahranstalten usw. allen Geschenken gegenüber sehr mißtrauisch verhalten sollen, und daß sie unbedingt, das heißt ausnahmslos eine gründliche Desinfektion der geschenkten Spielsachen veranlassen sollen, wo es irgend möglich erscheint.

Bei den in Gewerbebetrieben verarbeiteten tierischen Rohmaterialien (Tierfelle, Roßhaare, Lumpen), auch bei Häuten und Fellen, mit denen Spielsachen überzogen werden, müssen dieselben Desinfektionsmaßnahmen, wie sie bei milzbrandverdächtigem Material in Frage kommen, ergriffen werden.

Zum Schluß erlaube ich mir noch Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Heydloff in Erfurt für seine freundliche Unterstützung, sowie Herrn Medizinalpraktikanten Sinngrün für die Zusendung der Krankengeschichte meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Außer der bereits erwähnten Literatur sind noch benutzt:

Bongert: Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene; 1902, S. 193.

Friedberger u. Ungermann: Handbuch der Hygiene von Rubner, v. Gruber und Ficker; 1913, Bd. 3, 2. Abt.

Kolle u. Hetsch: Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten; 1911, I. Bd.

Aufgaben für den Kreisarzt während des Krieges.

Von Kreiarzt Dr. Sorge in Lüchow.

Während der Dauer des jetzigen Krieges hat sich die Tätigkeit des Kreisarztes Friedenszeiten gegenüber immer mehr geändert. Die sonst die Hauptttätigkeit des Gesundheitsbeamten im Kreis bildenden Besichtigungen von Ortschaften und Schulen sind in den Hintergrund und andere Aufgaben an ihre Stelle getreten, von denen mir gegenwärtig besonders eine Erörterung der Frage, welche Aufgaben dem beamteten Arzt in dem jetzt geführten Kampf um die zweckmäßigste Volksernährung zufallen, nützlich und notwendig erscheint. Es ist mir aufgefallen, wie verhältnismäßig wenig bisher Aerzte und besonders beamtete Aerzte in dieser Frage um die Erhaltung unserer Volkskraft hervorgetreten sind. Je länger der Krieg dauert, je schwerer die Opfer an Gut und Blut werden, desto mehr erwächst für jeden der Daheimgebliebenen die Pflicht, dahin

zu wirken, Mittel und Wege zu suchen, daß unser Vaterland durch den Krieg möglichst wenig geschwächt wird und sich nach dem Krieg bald möglichst wieder erholen kann. In dieser Hinsicht steht doch wohl zweifellos an erster Stelle die Sorge um die körperliche und geistige Gesunderhaltung unseres gegenwärtigen Menschenmateriales und die Sorge um einen gesunden, kräftigen Nachwuchs. Daß in diesen Fragen auch die Stimme des Arztes, des Kreisarztes als Gesundheitsbeamten zu Gehör und Geltung kommen muß, wird um so mehr notwendig, je mehr Nahrungsmittel vom Staat und von Behörden in Verwaltung genommen werden.

Schon bei der Verteilung der einem Kreis zur Verfügung stehenden oder ihm zugewiesenen Nahrungsmittel sollte die Ansicht des Kreisarztes eingeholt werden; denn es darf, sollen die vorhandenen Lebensmittel sachgemäß unter die Einwohner verteilt werden, die Aufteilung nicht schematisch nach Kopfzahl erfolgen, sondern es sind dieser physiologisch-hygienische Gesichtspunkte zugrunde zu legen. Es ist doch ohne weiteres einleuchtend, daß der körperlich schwer Arbeitende eine andere Kostform beansprucht und ein anderes Nahrungsbedürfnis hat, als eine Frau oder ein Mädchen, und diese wieder ein anderes, als ein Kind oder gar der Säugling. Ebenso wie in einzelnen Gegenden und Kreisen unseres Vaterlandes die Lebens- und Ernährungsbedingungen ganz verschieden sind, ebenso verschieden sind auch die Nahrungsmittelbedürfnisse für einzelne Bevölkerungs-, Berufs- und Altersklassen. Nur wenn wir diese Verschiedenheiten auch bei der Zuteilung von Nahrungsmitteln berücksichtigen, wenn wir individualisieren, werden wir einen möglichst zweckmäßigen Verbrauch der zur Verfügung stehenden Mittel erwarten dürfen, werden wir den größtmöglichsten Nutzwert erzielen können.

Im allgemeinen wird man bei der Verteilung mit drei großen Gruppen auskommen, wenn man 1. körperlich schwer Arbeitende, 2. Säuglinge und Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahre und 3. alle übrigen unterscheidet und jeder dieser drei Gruppen eine bestimmte Menge der zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel zuteilt. Der ersten Gruppe würde z. B. eine größere Menge Kohlehydrate und auch Fleisch zuzubilligen sein, wie der dritten, während der zweiten Gruppe ein Vorzug bei Bezug von Milch und Butter zuzugestehen wäre, während Fleisch, wenn nötig, ganz wegfallen könnte und Kohlehydrate in Form von Brot und Kartoffeln in mäßigen Mengen erforderlich wären. Auf Einzelheiten möchte ich hier nicht eingehen, hervorheben möchte ich aber, daß ich auch den Brustkindern ihr Milchquantum zugewiesen wissen möchte in der Erwägung, daß diese Milch die stillenden Mütter für sich gebrauchen.

Dem zu erwartenden Einwand gegenüber, daß eine derartige Differenzierung zu umständlich, schwierig und zeitraubend sei, halte ich entgegen, daß die Mehrarbeit nur einmal, bei der

ersten Ausgabe der betr. Nahrungsmittelbücher, zu leisten ist und daß diese Mehrarbeit gegenüber den dadurch zu gewinnenden Vorteilen nicht ins Gewicht fällt; außerdem werden sich in jedem Kreis sicher reichlich Hilfskräfte finden lassen, wenn die vorhandenen Bürokräfte nicht ausreichen. Wo ein Wille, da ist auch ein Weg!

Die Bevölkerung würde zweckmäßig durch mündliche Vorträge oder auch Aufsätze in der Zeitung über Sinn und Zweck der behördlichen Anordnungen aufgeklärt. Greift ein größeres Verständnis über die Lage unseres Nahrungsmittelmarktes Platz, dann wird auch ein ehrlicheres Befolgen der Anordnungen zu beobachten sein.

Um zu sehen, ob mit der Versorgung der Bevölkerung mit Nahrungsmitteln der richtige Weg eingeschlagen ist, werden von dem Kreisarzt ferner Untersuchungen über den Ernährungs- und Gesundheitszustand der Kreiseinwohner vorzunehmen sein. Naturgemäß wird zuerst bei den Kindern sich ein Mangel in der Ernährung bemerkbar machen; es werden deshalb am wichtigsten Untersuchungen (Wägungen) der Kinder in Bewahranstalten (Spielschulen) und Volksschulen sein.

In etwas loserem Zusammenhang mit der Kriegsernährung stehen zwei weitere Dinge, die aber m. E. während des Krieges und auch nach demselben eine ganz besondere Aufmerksamkeit vom Kreisarzt verlangen, ich meine die Fürsorge für die Säuglinge und die Haltekinder.

Nach den Verlusten dieses Krieges ist es unsere ernsteste Pflicht, dafür zu sorgen, daß die gezeugten Kinder lebend zur Welt kommen, daß sie am Leben erhalten und unter möglichst günstigen Bedingungen aufgezogen werden. In dieser Hinsicht wird auch in rein ländlichen Kreisen viel und jedenfalls mehr, als im allgemeinen angenommen wird, gefehlt. Gerade in ländlichen Kreisen liegt die Wöchnerinnen- und Säuglingspflege noch sehr im argen. Dankbar wird der große Segen der Reichswochenhilfe anerkannt, ein Zeichen, wie nötig Hilfe in dieser Hinsicht getan hat. Aber die vermehrte Arbeitslast, die auf den Frauen liegt, läßt nur zu häufig die nötige Sorgfalt in der Pflege des Neugeborenen fast unmöglich werden; dazu kommt, daß durch den Mangel an Aerzten oder auch durch Mangel an Zeit sachgemäße Hilfe bei Erkrankungen nicht zur rechten Zeit in Anspruch genommen wird. Hier sollten m. E. Krankenhäuser sich der kranken kleinen Kinder besonders annehmen; der Kreis sollte außerdem Mittel bereitstellen, um kranken Säuglingen, wenn nötig, unentgeltlich Aufnahme in Krankenanstalten zu verschaffen. Der Arzt weiß, wie schwer es ist, beim Darmkatarrh der Säuglinge im Hause die zweckmäßige Ernährung durchzusetzen; er weiß, daß alles auf die Ernährung und sorgfältigste Pflege und Beobachtung ankommt; er steht oft vor unüberwindlichen Schwierigkeiten, zumal, wenn er nicht häufig nach dem Rechten sehen kann. In solchen Fällen wird

häufig die Behandlung und Pflege im Krankenhaus durch zweckmäßige Ernährung und Pflege lebensrettend wirken. Hier muß der Kreisarzt mit seinem Rat und durch seinen Einfluß helfend eingreifen; dann wird es ihm auch gelingen, manches Menschenleben dem Staat zu erhalten.

Ganz besonders gefährdet unter diesen kleinen Kindern sind von alters her die sog. Halte- und Ziehkinder, meist uneheliche Kinder, die von den Eltern der Mutter oder von ganz fremden Frauen gegen Entgelt aufgenommen und nur zu häufig nicht mit der nötigen Sorgfalt behandelt werden. Es handelt sich hier vielfach auch um schon ältere Kinder, deren Ernährung jetzt in den teueren Zeiten, in denen womöglich auch das „Pflegegeld“ noch ausbleibt, so mangelhaft wird, daß der Körper dabei nicht nur nichts zu seiner Weiterentwicklung ansetzen kann, sondern langsam und dauernd in seinem Kräftezustand zurückgeht. Ich halte es für eine dringende Aufgabe des Kreisarztes, jetzt im Kriege derartige Pflegestellen regelmäßig zu besuchen und auf bessere Unterbringung des Pflegekindes zu dringen, wenn sich gröbere Mängel finden. Wohl geschieht in dieser Hinsicht in größeren städtischen Gemeinden und in Industriegegenden schon viel, auch ruht die Arbeit im Kriege nicht; auf dem Lande haben diese Fragen aber bisher häufig nicht die Beachtung gefunden, die sie auch hier durchaus verdienen und die wir in der Jetztzeit mit vermehrtem Nachdruck fordern müssen. Ich bin mir wohl bewußt, daß von der Theorie zur Praxis ein weiter, schwerer Schritt ist, auf der anderen Seite glaube ich aber auch, daß die jetzige Zeit günstig dafür ist, das Verständnis für derartige soziale Bestrebungen in weiteren Kreisen zu wecken, und daß jetzt manche Hindernisse, die im Frieden praktischer sozialer Arbeit entgegenstehen, leichter zu überwinden sein werden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, über die Sitzung des Ausschusses und über die Versammlung der Tuberkulose-Aerzte in Berlin am 19. Mai 1916.

A. Generalversammlung.

1. Eröffnung. Der stellvertretende Vorsitzende Exz. **von Lerchenfeld** eröffnet die Sitzung und läßt sich ermächtigen, dem erkrankten Vorsitzenden, Staatsminister Dr. Delbrück, die besten Wünsche der Versammlung zur Genesung auszusprechen. Der Begrüßung der aus allen Gegenden Deutschlands besonders zahlreich erschienenen Mitglieder folgt ein kurzer Ueberblick über den Fortgang der Tuberkulosebekämpfung während des Krieges. Es sei gelungen, die bisher bestehenden Tuberkuloseeinrichtungen, soweit sie durch den Kriegsausbruch gestört waren, im Laufe des letzten Jahres sämtlich wieder in Betrieb zu setzen. In der langen Dauer des Krieges und in den dadurch bedingten ungünstigen Wirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand liegt auch ein besonderer Anlaß, das Rüstzeug gegen die Tuberkulose dauernd kampfbereit zu halten. Wie in dem Kampfe draußen die zähe Ausdauer der Truppen, unterstützt durch die Ueberlegenheit unserer Technik, langsam aber sicher von Erfolg zu Erfolg schreitet, so darf auch in dem Kampfe, den unsere

Vereinigung seit nunmehr zwanzig Jahren zielbewußt und mit sichtbarem Erfolge gegen die Tuberkulose führt, kein Nachlassen eintreten und kein Mittel oder Weg unversucht bleiben, der uns dem endgültigen Siege näher bringen kann. Der Erhaltung und Vermehrung unserer Volkskraft wird in der Tuberkulosefürsorge durch vermehrte Bemühungen um die heranwachsende Jugend Rechnung getragen. Die Tuberkulosefürsorge für den nicht versicherten Mittelstand hat dank des besonderen Zuschusses, der seit 1914 durch den Reichshaushalt bewilligt wird, einen erfreulichen Aufschwung genommen. Auch der Verband deutscher Beamtenvereine, der deutsche Lehrerverein, der Verband mittlerer Post- und Telegraphenbeamten haben Organisationen für die Tuberkulosefürsorge in ihren Kreisen geschagen. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gewährt in weitherzigster Weise Heilverfahren in Fällen von Tuberkulose. Es bleibt zu wünschen, daß auch die Lebensversicherungsgesellschaften im Interesse ihrer zumeist dem Mittelstande angehörenden Versicherten tätigen Anteil nehmen. Dringend erwünscht ist auch der weitere Ausbau der Fürsorgestellen für Lungenkranke, zumal in ländlichen Bezirken, ferner eine möglichst praktische Fürsorge für die lungenkranken Kriegsbeschädigten in bezug auf Arbeitsvermittelung, Wohnungsfürsorge, Familienfürsorge, gesundheitliche Ueberwachung, rechtzeitige Vermittelung von Heilstättenkuren und dergl. mehr. (Beifall).

Des Heimganges des Präsidialmitgliedes Staatsministers v. Podbielski wird unter Betonung seiner Verdienste ehrend gedacht. Der Verstorbene hat insbesondere seit 1915 als Vorsitzender der Mittelstandskommission die Tuberkulosefürsorge für den Mittelstand warmherzig und erfolgreich gefördert.

2. **Geschäftsbericht,** erstattet vom Generalsekretär, Oberstabsarzt Dr. **Helm:** Die Mitgliederzahl betrug am 1. Januar 1915: 1466; während des Berichtsjahres sind 52 Mitglieder ausgeschieden, 62 neu beigetreten, so daß am Jahresende 1476 Mitglieder dem Zentralkomitee angehörten.

In der Zahl der Lungenheilstätten für Erwachsene und Kinder, der Walderholungsstätten und Waldschulen, der Genesungsheime und Pflegestätten sind wesentliche Veränderungen während des letzten Jahres nicht eingetreten. Immerhin sind trotz des Krieges einige Neubauten und Erweiterungsbauten fertiggestellt und in Betrieb genommen worden; z. B. das Tuberkulosekrankenhaus der Stadt Stettin, der Erweiterungsbau der Heilstätte Holsterhausen für Lungenkranke des Mittelstandes, die zweite Kinderheilanstalt des Viktoriastiftes in Kreuznach mit 240 Betten für Sommer- und Winterbetrieb, die Kinderheilstätte bei Scheidegg im bayrischen Allgäu für Kinder beiderlei Geschlechts im Alter von 6—14 Jahren und eine neue Abteilung mit 70 Betten im St. Vincenz-Waisenhaus in Neunkirchen. Weitere Anstalten sind im Bau befindlich und beweisen, daß trotz Krieg auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung die im Frieden verfolgten Wege und Ziele weiter ausgebaut und gefördert werden. Das Verzeichnis aller dieser Einrichtungen ist nicht neu gedruckt, dafür aber dem Geschäftsbericht ein Verzeichnis der an der Tuberkulosebekämpfung beteiligten Vereine angeschlossen. — Eine große Anzahl von Heilstätten, Pflegeheimen und Walderholungsstätten sind zurzeit für militärische Zwecke und zwar zur Unterbringung lungenkranker Soldaten ganz oder teilweise in Anspruch genommen. Das wird verständlich, wenn man berücksichtigt, ein wie großer Teil der männlichen Bevölkerung jetzt unter den Waffen steht und in wie großzügiger Weise die Heeresverwaltung den während des Dienstes im Felde Erkrankten oder Krankbefundenen Heilverfahren gewährt. Anderseits ist die Zahl der von Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen, Pensionskassen usw. gewährten Heilverfahren in Lungenheilstätten entsprechend zurückgegangen, so daß die Heilstätten für militärische Zwecke bereitgestellt werden konnten.

Auch in den Fürsorgestellen gewinnt neben der Beratung der Familienangehörigen von Kriegsteilnehmern die Fürsorge für die als lungenkrank vom Militär wieder Entlassenen ständig an Umfang und Bedeutung. In der Tätigkeit, einer Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse unter den Frauen und Kindern der zum Heeresdienst Eingezogenen und in den Familien der vom Militär entlassenen Lungenkranken vorzubeugen, werden die Fürsorgestellen durch die Gemeindebehörden, die am Orte befindlichen Wohlfahrtsvereine

und durch die Freigiebigkeit von besonderen Gönnern, nicht zuletzt aus den Kreisen der Industrie und des Handels unterstützt. In weitgehendster Weise helfen auch hier die Landesversicherungsanstalten mit.

Der Tuberkulose-Ausschuß der Abteilung Kriegswohlfahrtspflege des Zentralkomitees vom Roten Kreuz hat unter Aufwendung sehr erheblicher Geldmittel lungenkranke Frauen und Kinder der zum Heeresdienst Eingezogenen mit Kurbeihilfen und Freistellen in Heilstätten bedacht. Ferner hat er durch Gewährung von Betriebsbeihilfen für Tuberkuloseeinrichtungen und durch Vermittlung geeigneten Personals überall da zu helfen versucht, wo der Betrieb ins Stocken zu kommen drohte. Der Tuberkulose-Ausschuß erhielt zu diesen Aufgaben vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose auch im Jahre 1915 den Betrag von 30000 Mark, weitere Mittel vom Zentralkomitee vom Roten Kreuz und den Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg zur Verfügung gestellt. — Bei dem Reichsausschuß für die Kriegsbeschädigten in Berlin ist ein Sonderausschuß für Lungenkranke gebildet; Vorsitzender dieser Gruppe ist Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, Schriftführer Generalsekretär Dr. Helm. Seine Aufgabe ist die Erörterung aller Fürsorgemaßnahmen für die wegen Lungentuberkulose als Kriegsbeschädigte zur Entlassung kommenden Heeresangehörigen, die Sorge für ihre Unterbringung in geeigneten Anstalten (Heilstätten, Krankenhäusern oder Pflegeheimen), endlich die Maßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose in den Familien der kriegsbeschädigten Lungenkranken und dergl. mehr.

3. Kassenbericht. Die Einnahmen des Zentralkomitees, die sich aus den Mitgliederbeiträgen, freiwilligen Spenden und Schenkungen, dem Reichszuschuß und dem Lotterieerlös zusammensetzen, haben 631168,24 Mark betragen; darunter 47240 Mark Mitgliederbeiträge und Schenkungen, 110000 M. Reichszuschuß einschließlich der für Zwecke der Tuberkulosefürsorge im Mittelstand bewilligten 50000 M., 20000 M. Zuschuß vom Reichsamt des Innern zur besonderen Verwendung für die Kriegszeit und 125000 M. Ertrag aus der durch Allerhösten Erlaß vom 17. Februar 1915 bewilligten Geldlotterie. Der Einnahme steht eine Gesamtausgabe von 544007,74 M. gegenüber. Für den Bau oder die erstmalige Einrichtung von Heilstätten und anderen Tuberkuloseeinrichtungen sind 82550 M. neu bewilligt worden. — Das Vermögen des Deutschen Zentralkomitees betrug am 1. Januar 1916 434310,50 M. Der Voranschlag für das Jahr 1916 schließt in Einnahmen mit rund 370000 M., in Ausgaben mit 321500 M. ab. Auf Grund der Rechnungslegung, die von den Rechnungsprüfern für richtig befunden ist, wird Entlastung erteilt. Der Voranschlag für 1916 wird ohne Einspruch angenommen.

4. Aufgaben der Tuberkulosebekämpfung während des Krieges. Berichterstatter: Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner**-Berlin:

Die heutige Versammlung soll erstens eine Kundgebung der Zentralstelle der Deutschen Tuberkulosebekämpfung über das im Kriege auf diesem Gebiete Geleistete sein. Zweitens sollen ihre Verhandlungen das Interesse der Oeffentlichkeit für die weiteren großen Aufgaben gegen den Erbfeind, die verheerendste aller Volksseuchen, wachrufen. Vor dem Kriege war der Stand der Tuberkulosebekämpfung geradezu glänzend; sie hat ein regelmäßiges Absinken der Sterblichkeit an dieser Krankheit zur Folge gehabt, in Preußen in den 30 Jahren um mehr als die Hälfte.

Sehr zeitgemäß ist ein Blick auf die Tuberkulose in den einzelnen Heeren. Für das deutsche Heer ist dies Bild recht günstig: denn dem Heere sind die gewaltigen Fortschritte Deutschlands in der Seuchen- und Tuberkulosebekämpfung, insbesondere der Aufschwung der Bakteriologie und die Entdeckung des Krankheitserregers durch Robert Koch, die frühzeitige Diagnosenstellung, die Erkenntnis der Heilbarkeit, die planmäßige Fürsorge für die Lungenkranken durch Heilstätten, Walderholungsstätten und das Netz der Fürsorgestellen und in allem der Segen der einzig dastehenden deutschen sozialen Versicherungsgesetzgebung zugute gekommen. Aeußerst ungünstig lauten dagegen die Tuberkulosezahlen für die französische Armee, die im Vergleich zur deutschen mehr als 6 mal so schwer von der Tuberkulose heimgesucht wird. Wir merken das an den vielen lungenkranken französischen

Gefangenen in unseren Gefangenenlagern; auch berichten unsere Feldgrauen, daß in den französischen Schützengräben ein dauerndes Husten herrsche. In den englischen Armeen steht es ebenfalls nicht gut, jedenfalls schlechter als bei uns. Von der Tuberkulose in der russischen Armee weiß man nichts Genaues, denn wie auch sonst lügt die russische Statistik. Erfreulich ist für uns, daß die österreichische Armee gleich die Stelle hinter der günstigen deutschen Tuberkulosezahl einnimmt. Aber das alles darf uns nicht beruhigen oder in Sicherheit wiegen. Wir dürfen auch während des Krieges in dem Kampfe gegen die Tuberkulose nicht nachlassen, da uns sonst schwere Gefahren drohen; denn wir haben immer noch 1 Million Tuberkulöser in Deutschland. Erfreulicherweise sind wir in der Lage, in den deutschen Heilstätten mehr als 10 % aller Tuberkulösen der Heilbehandlung zu unterziehen; es ist dies eine ungeheure und von keinem Volke der Erde erreichte Leistung! Ferner bestehen jetzt in Deutschland 1100 Fürsorge- und Auskunftsstellen, durch die ein sehr erheblicher Prozentsatz der tuberkulösen Bevölkerung überwacht wird.

Beim Ausbruch des Krieges drohte allen diesen Einrichtungen eine große Gefahr, die um so bedenklicher war, als eine Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen durch den Krieg befürchtet werden mußte. Im Beginn des Krieges mußten Lungenheilstätten und Auskunftsstellen geschlossen werden, weil die Aerzte ins Feld zogen, die Kranken die Anstalten verließen und zum Teil selbst in den Heeresdienst eintraten. Die Störungen in der Tuberkulosebekämpfung, die der Kriegsausbruch mit sich brachte, waren indes nur vorübergehend. Schon im August 1914 wurde auf Anregung Ihrer Majestät der Kaiserin auf die Wichtigkeit, die Tuberkulosefürsorgebestrebungen fortzuführen, hingewiesen; es wurde ein Tuberkulose-Ausschuß begründet, der in Zusammenwirken mit der Heeresverwaltung und dem Roten Kreuz die Tätigkeit der Heilstätten und der anderen Einrichtungen wieder in die alten bewährten Bahnen lenkte, eine großzügige Tuberkulosefürsorge für die Erkrankten im Heere einrichtete usw. So ist es gelungen, die schädlichen Einwirkungen des Krieges auf ein Mindestmaß zu beschränken. Immerhin ist im Jahre 1914, seit vielen Jahren zum ersten Male, eine Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit festgestellt; sie ist aber nur gering, nämlich 13,87 auf 10000 Einwohner gegen 13,65 im Jahre 1913. Vergleicht man die Tuberkulose-Todesfälle in den ersten Vierteljahren 1914, 1915 und 1916, so fällt auf, daß diese Zahl 1914 klein, 1915 etwas, aber wenig größer war, dagegen 1916 recht merklich gestiegen ist.

Neuerdings tauchen wieder Befürchtungen nach der Richtung auf, daß infolge der durch die lange Dauer des Krieges verschlechterten Lebensbedingungen eines großen Teiles der Bevölkerung die Tuberkulose zunehmen würde. Tatsächlich kann man nicht ohne einige Besorgnis den Folgen der Milch- und Butterknappheit in den Großstädten und den sonstigen Ernährungsschwierigkeiten entgegensehen. Sie können die Gesundheitsverhältnisse und damit die Disposition für die Tuberkulose ungünstig beeinflussen, und sie werden die Behandlung der Lungenkranken in den Heilstätten und Krankenhäusern zweifellos erschweren. Da gilt es, mit Ernst in die Zukunft zu blicken und den Kampf gegen die Tuberkulose mit aller Kraft wieder aufzunehmen! Ein Zufluß größerer Mittel ist daher auch dringend erwünscht.

Die Mittel zur Abhilfe liegen in erster Linie bei den Heilstätten und den Auskunfts- bzw. Fürsorgestellen. Eine Vermehrung der Heilstätten ist nicht erforderlich; es gehört aber zu ihren künftigen Aufgaben, die klimatischen Faktoren, namentlich die Sonnenbehandlung, ausgiebiger auszunutzen und dabei auch die künstliche Höhensonne als Ersatz heranzuziehen. Unbedingt notwendig ist, daß die Zahl der Auskunfts- und Fürsorgestellen noch wesentlich weiter vermehrt wird. Jede Stadt, jeder Kreis muß eine solche bekommen; Gemeinden und Kreise müssen in diesem Punkte noch viel mehr leisten. Die nötigen Hilfskräfte für die Fürsorgestellen sollten in Wohlfahrtsschulen nach dem Muster der in Cöln bestehenden ausgebildet werden. Die Fürsorgerinnen hätten dann in Fürsorgeämtern mitzuarbeiten und erziehlich auf die Bevölkerung einzuwirken. Seitens des Preußischen Ministeriums des Innern steht nach dieser Richtung insofern eine wesentliche Hilfe in Aussicht, als die Einrichtung von besonderen Schulen zur Ausbildung von Fürsorgerinnen geplant ist.

Endlich fällt der Landwirtschaft die wichtige Aufgabe und Pflicht zu, die Stadtbevölkerung reichlicher mit Milch zu versorgen. (Lebhafter Beifall.)

Generalarzt Dr. **Schultzen** bestätigt die Ausführungen des Vortragenden hinsichtlich der günstigen Tuberkulosezahlen bei der Armee. Die graphisch dargestellte Tuberkulosekurve zeigt im Oktober des ersten Kriegsjahres eine Erhebung, die bedingt ist durch die neue Einstellung. Bei der Feldarmee ist der Prozentsatz an Tuberkulose etwas höher als im fünfjährigen Friedensdurchschnitt. Das erklärt sich dadurch, daß das Feldheer größer ist und höhere Altersklassen umgreift. Die noch höhere Tuberkuloseziffer beim Besatzungsheer ist darauf zurückzuführen, daß es alle Eingestellten einbegreift, auch die, die nach der Einstellung als tuberkulös erkannt und wieder ausgemustert wurden. Im Felde halten sich Leute, die erfolgreiche Heilstättenkuren durchgemacht haben, gut.

Der Vorsitzende dankt dem Vortragenden besonders dafür, daß er den Dingen fest ins Auge gesehen und die Lage geschildert habe, wie sie wirklich ist.

Im Anschluß hieran wird der Versammlung folgender von Kreisarzt Dr. **Dohrn**-Hannover und Prof. Dr. **Pannwitz**-Hohenlychen gestellter Antrag unterbreitet:

„Weitere Fortschritte in der Tuberkulosebekämpfung sind davon zu erwarten, daß der Schwerpunkt der Tuberkulose-Ermittlung und Bekämpfung noch mehr als bisher in das schulpflichtige Alter verlegt wird. Das läßt sich aber nur dadurch ermöglichen, daß durch schulärztliche Untersuchungen der Gesundheitszustand der Schuljugend überwacht und hierbei alle Maßnahmen getroffen werden, welche der Bekämpfung der Tuberkulose dienen können. Ein Schularztgesetz ist deshalb dringend erforderlich. Es genügt nicht, wenn nur in den größeren Städten Schulärzte tätig sind. Die Erfahrung hat gezeigt, daß auch das flache Land dringend eines geregelten schulärztlichen Dienstes bedarf."

Zu dem Antrage wird bemerkt, daß die Regelung der Schularztfrage nicht durch Gesetz erfolgen kann, sondern auf dem Verordnungswege geschieht. Einer einheitlichen Regelung stellen sich große Schwierigkeiten entgegen. Im übrigen wurde die Anregung als dankenswert begrüßt.

B. Ausschuß-Sitzung.

1. Wahl. Für den verstorbenen Staatsminister v. Podbielski wird der Staatsminister Dr. Graf von Posadowsky-Wehner in das Präsidium des Zentralkomitees gewählt. Der Gewählte, Ehrenmitglied des Präsidiums, hat den Vorsitz in der Kommission für die Tuberkulosefürsorge im Mittelstand übernommen.

2. Anträge. Der satzungsgemäß dem Ausschuß vorgelegte Antrag auf eine Beihilfe von 40000 Mark für die Prinzregent Luitpold-Kinderheilstätte zu Scheidegg i. Allgäu wird einstimmig angenommen. Hofrat Dr. May-München dankt im Namen des Bayerischen Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose und betont, daß die neue Heilstätte, die während des Krieges als Lazarett belegt sei, besonders auch der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose des kindlichen Alters dienen und durch seine Lage im Allgäu die Heliotherapie im vollsten Maße ermöglichen würde.

C. Versammlung der Tuberkulose-Aerzte.

Als fachwissenschaftliche Fortsetzung der Generalversammlung fand nachmittags im Kaiserin-Friedrich-Hause unter dem Vorsitz des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner eine Aussprache der Tuberkulose-Aerzte über die **„Kriegsernährung der Lungenkranken in Heilstätten"** statt.

Ministerialdirektor **Kirchner** bezeichnet einleitend die Frage, wie bei der gegenwärtigen Knappheit verschiedener Nahrungsmittel eine Schädigung des Heilverlaufs bei Tuberkulose-Erkrankungen vermieden werden könne, als sehr wichtig. Es steht fest, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Kriegsjahre nicht zurückgegangen ist, sondern im Gegenteil um ein geringes zugenommen hat. Diese Erscheinung verlangt um des Steigerungsbestrebens willen ernsthafteste Aufmerksamkeit. Zu fürchten ist, daß im Jahre 1915 ebenfalls kein Stillstand eingetreten sein wird, sondern vielleicht ein weiteres

geringes Ansteigen. Ministerialdirektor Kirchner begründet diese Befürchtung besonders mit der Milchknappheit. Abgesehen von der Sterblichkeit läge aber auch für den Heilungsverlauf die Befürchtung nahe, daß infolge der Knappheit verschiedener Lebensmittel Hemmungen eintreten könnten.

Berichterstatter sind Dr. **Schröder**-Schömberg und Dr. **Libawsky**-Landeshut. Früher hat man bei der Behandlung von Tuberkulösen ganz besonderen Wert auf Mästung des Kranken gelegt. Davon ist man mit der Zeit mehr zurückgekommen und hat die Uebenernährung durch eine gute Ernährung ersetzt. Jetzt müssen auch die Heilstätten die fett- und fleischlosen Tage einhalten. Wie sich die Wirkungen dieser Schmälerung bei den Kranken zeigen bzw. zeigen können, darüber wird eingehend berichtet. Ein Grund zu einer wirklichen Beunruhigung liegt nicht vor. Zunächst hat sich gezeigt, daß die Einstellung der Uebenernährung, wo sie üblich war, keinerlei Schädigungen im Gefolge hatte. Es ist daher sehr wohl möglich, daß diese Methode der rücksichtslosesten Mästung überhaupt jetzt ihren Todesstoß erhält. Die Gewichtszunahme ist in den Heilstätten im Jahre 1915 fast die gleiche gewesen trotz der eingeschränkten Nahrungsmenge; allerdings war sie geringer in den ersten Monaten von 1916. Entscheidend ist aber, daß dabei die Heilungserfolge nicht ungünstiger geworden sind.

Für die nächste Zukunft verlangen die beiden Berichterstatter einen gewissen Mindestsatz von Fett, Eiweiß und Kohlehydraten für Tuberkulöse; auch wird gewünscht, daß für die Heilstätten keine fleisch- und fettlosen Tage gelten sollten. Diese Wünsche werden den zuständigen Stellen vorgelegt werden. Es ist zu hoffen, daß es gelingen wird, die Heilungen tuberkulöser Lungenkranker auch weiter ohne Schädigung durchzuführen.

Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Fleckfieber.

Hautveränderungen bei Meerschweinchen-Flecktyphus. Aus dem serotherapeuthischen Institut in Wien (Hofrat R. Paltauf). Von Otto Löwy. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 18. Mit 3 Abbildungen.

Injiziert man einem Meerschweinchen intraperitoneal 3—5 ccm Blut eines fiebernden Flecktyphuskranken, so tritt gewöhnlich nach einer Inkubation von 7 bis 20 Tagen ein Fieberanstieg oft bis über 40° auf. Das Fieber hält einige Tage an, um dann zur Norm herabzusinken. Das Virus ist von Tier zu Tier übertragbar.

Der bis jetzt unbekannte Erreger macht oft in verschiedenen Organen Veränderungen in Form von Schwellung der Milz und der Lymphdrüsen; er erzeugt Blutungen (Lunge, Harnblase), wie sie auch bei der menschlichen Erkrankung vorkommen können. Unter 25 genau auf die makroskopischen Veränderungen untersuchten Tiere fanden sich 6 mal mit Sicherheit Flecke von verschiedener Größe, die erst nach Abpräparieren der Haut sichtbar wurden und im wesentlichen den menschlichen Fleckfieberroseolen gleichen.

Dr. Mayer-Simmern.

Klinische und mikroskopische Untersuchungen über Fleckfieber. Aus dem Epidemiespital des Allg. Landeskrankenhauses in Lemberg (Vorsteher: Prim. Dr. Arnold). Von Reg.-Arzt Privatdozent Dr. Lipschütz. Wiener klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 18.

Auf Grund seiner in Przemysl und Lemberg gemachten Beobachtungen bezeichnet Verfasser die Fieberkurven bei Flecktyphus als eine hohe Continua, der ein mehrtägiges, oft hohes Initialfieber vorangeht; beide sind durch eine charakteristische Senkungszacke getrennt. — Dem Auftreten des eigentlichen Exanthems können Hautveränderungen vorausgehen, die sich entweder als spärliche, zerstreut angeordnete, an Abdominalisroseolen erinnernde, papulöse Effloreszenzen oder als hellrote, ziemlich scharf begrenzte, bis über linsengroße in der Haut gelegene Flecke darstellen.

Lipschütz rechnet das Fleckfieber zu den akuten Exanthemen, die durch Virusarten erzeugt werden, die entweder bakteriendichte Filter

passieren oder doch zu diesen Erregern nahe Beziehungen aufweisen. In Uebereinstimmung mit v. Prowazek fand er bei einem Bruchteil der Leukozyten im Blute Fleckfieberkranker Körperchen von etwa 0,3 μ Größe, die zahlreich, zierlich, distinkt auftraten, eine prägnante Färbung ermöglichten und auf der Höhe der Infektion am leichtesten nachweisbar waren.

Dr. Mayer-Simmern.

2. Epidemische Genickstarre.

Atypische und abortive Formen der epidemischen Meningitis beim Erwachsenen. Von Prof. Dr. H. Schlesinger-Wien. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 18.

Atypische Formen der epidemischen Meningitis sind beim Erwachsenen relativ häufig. Die Kenntnis der sehr abwechslungsreichen klinischen Bilder ist aus prophylaktisch-therapeutischen Gründen wichtig. Beachtenswert sind die Formen mit vorwiegend gastro-intestinalen Erscheinungen, mit initialer Harnretention und mit schweren psychischen Störungen. Abortive leichteste Fälle mit kurzdauerndem Fieber können sich gelegentlich durch ausgedehnten Herpes, besonders der Schleimhäute verraten.

Bei der Infektion spielt die individuelle Prädisposition eine bedeutende Rolle, desgleichen bei Entstehung der Alters-Meningitis. Die Tachykardie ist bei der epidemischen Genickstarre eine sehr häufige Erscheinung, die oft wochenlang das Fieber überdauert und erst mit dem Abklingen der meningealen Erscheinungen verschwindet.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber eine unter dem Bilde des Meningismus verlaufende Allgemeininfektion mit Gramnegative Diplokokken. Von Richard Stephan. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 19.

Akuter Beginn mit heftigem Kopfschmerz, hochgradige Empfindlichkeit gegen Berührung und passive Bewegung, Herpes labialis, Schüttelfrost; hämorrhagische Nephritis und als Zeichen des erhöhten Gehirndruckes und der hinteren Wurzelreizung Nackensteifigkeit, relative und absolute Bradykardie. In negativer Hinsicht: Fehlender Nachweis einer Typhus- und Meningokokkeninfektion durch Kulturen und Beobachtung der Agglutinationskurve.

Als Ausgangsort der Bakteriämie wird die Schleimhaut der oberen Luftwege bezeichnet. Therapeutisch wurde Urotropin mit großem Vorteil gegeben.

Dr. Graßl-Kempten.

3. Wochenbettfieber und Wochenbettfürsorge.

Die Behandlung der Placenta praevia durch den praktischen Arzt. Von Dr. Rißmann, Direktor der Hebammenschule in Osnabrück. Medizinische Klinik; 1915, Nr. 25.

Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen kommt R. zu folgenden Grundsätzen für die Behandlung der Placenta praevia: Die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks gibt für die Mutter sehr gute Resultate und kann bei abgestorbenen oder lebensunfähigen Kindern, ferner bei Placenta praevia centr., wenn es sich um invalide oder sehr ausgeblutete Patientinnen handelt, in erster Linie empfohlen werden. Dem Kaiserschnitt fällt somit nur ein sehr beschränktes Gebiet bei der Behandlung der Placenta praevia zu.

Die extraovuläre Metreuryse mit großem Ballon vermag aber, in geeigneten Fällen angewandt, wesentlich mehr Kinder zu retten als die kombinierte Wendung, und annähernd soviel wie der Kaiserschnitt. Diese Methode kann deshalb warm empfohlen werden.

In der Nachgeburtperiode ist sofort das Aortenkompressorium anzuwenden. Heiße Spülungen sind gänzlich zu verwerfen.

Neue Wege der Eklampsiebehandlung. Von Dr. Paul Rißmann, Direktor der Hebammenschule in Osnabrück. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie; LXXVIII Bd.

Der Gebrauch von Morphium, von Chloral und von Kochsalzinfusionen bei der Eklampsie empfiehlt sich nach Verfassers Ansicht durchaus nicht, dagegen haben wir im Luminalnatrium ein Schlafmittel, das allen Ansprüchen

gerecht zu werden scheint. Außer Luminal scheint in schwereren Fällen von Eklampsie die subkutane resp. intramuskuläre oder die rektale Anwendung von Magnesiumsalzen günstig zu wirken; auch ein Aderlaß ist in gewissen Fällen empfehlenswert. Außerdem ist, wenigstens bei Geburtseklampsien, stets eine möglichst schnelle Entbindung anzustreben.

---

4. Tuberkulose.

Vergleichende Tuberkulosesputumuntersuchungen vermittels der Ziehl-Neelsenschen und der Kronbergerschen Tuberkelbazillenfärbung. (Aus der deutschen Heilstätte in Davos.) Von Assistenzarzt Dr. F. Lichtweiß. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 2.

Bei 200 Sputumuntersuchungen wurde die Karbolfuchsin-Jodmethode nach Kronberger angewandt und mit der Ziehl-Neelsenschen Färbung verglichen: in 17% aller Ziehlnegativen Sputa wurden noch deutlich Bazillen nach der Jodmethode nachgewiesen, außerdem noch in 3,5% mit Sicherheit Sporen; bei 32% sind nach Kronberger auffallend viel mehr Bazillen zu finden wie nach Ziehl. Danach steht die Ziehl-Neelsensche Tuberkelbazillenfärbung quantitativ und qualitativ hinter der Kronbergerschen Karbolfuchsin-Jodmethode zurück. Die Einführung der letzteren empfiehlt sich um so mehr, als sie einfach, streng spezifisch ist und als echte Strukturfärbung alle morphologischen Bestandteile zeigt, die für die pathogenen Säurefesten bezeichnend sind.

Die Technik der Kronbergerschen Färbung ist folgende:

1. Fixierung der beliebig dicken Sputumschicht auf dem Objektträger durch Lufttrocknung und nachfolgende vorsichtige Flammenerwärmung.
2. Aufgießen der gebräuchlichen Karbolfuchsinlösung; gelindes Erwärmen bis zur schwachen Dampfbildung. Präparat erkalten lassen.
3. Entfärben durch 15% Salpetersäure.
4. Abspülen mit 60% Alkohol.
5. Aufgießen von offizineller Jodtinktur, die mit dem vierfachen Volumen 60%igen Alkohols verdünnt ist. Wirkung: wenige Sekunden.
6. Abspülen der Jodlösung mit starkem Wasserstrahl (sichere Vermeidung von Niederschlägen durch Jodausfüllung), Trocknen über der Flamme.

Dr. Roepke-Melsungen.

Rëinfektion und Immunität bei Tuberkulose. Von Prof. Dr. H. Selter-Leipzig. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 10.

In dem hygienischen Institut der Universität in Leipzig wurden zahlreiche Untersuchungen über Rëinfektion angestellt und als Infektions- und Rëinfektionswege bei Meerschweinchen die subkutane, intravenöse und inhalatorische Einbringung von Tuberkelbazillen gewählt. Bei subkutaner Rëinfektion bestätigten sich die Beobachtungen von Römer: Meerschweinchen, die mit einer tödlichen Dosis von Tuberkelbazillen infiziert sind, zeigen nach einiger Zeit eine veränderte Reaktionsfähigkeit der Haut, indem die später in oder unter die Haut gebrachten Tuberkelbazillen je nach der Menge entweder nicht zur Geltung kommen oder nach Entstehung einer Entzündung nach außen geschafft werden, wonach der Entzündungsprozeß ausheilt; die zugehörigen Lymphdrüsen bleiben meist unbeteiligt. Dagegen verhielten sich Meerschweinchen, die so schwach mit älteren Bazillen infiziert waren, daß es zu einer sehr langsam verlaufenden und anscheinend nicht tödlichen Tuberkulose kam, vier Wochen nach der ersten Injektion rëinfiziert fast wie nicht infizierte Tiere. Die tuberkulösen Veränderungen an Drüsen und Organen waren bei ihnen genau so stark wie bei den Kontrolltieren; nur bei der subkutanen Rëinfektion machte sich an der Injektionsstelle eine gewisse Immunität bemerkbar.

Diese Beobachtungen berechtigen nicht dazu, die Rëinfektionsergebnisse im Sinne von Römer und Much für die Menschen geltend zu machen. Man könnte annehmen, daß die erste Infektion nur in einem geschwächten Organismus Krankheitserscheinungen setzt, einen kräftigen aber nur umstimmt, ohne daß es zu einer Entzündung (Tuberkelbildung) kommt. Wahrscheinlich dringen die ersten Bazillen durch die Schleimhäute der Atmungswege ein, ohne an der Durchgangsstelle Merkmale zu hinterlassen. Nachfolgende Infektionen führen

dann in dem ungestimmten Körper zu lokalen Reaktionen an der Eintrittsstelle (in Lunge oder Bronchialdrüsen). Der kräftige Körper überwindet auch diese örtlichen Entzündungserscheinungen, indem er sie begrenzt und zur Latenz bringt; allmählich kommt es dann zu einer Immunität, die die weiter vordringenden Tuberkelbazillen spurlos überwinden läßt. Von den in den Entzündungsherden (Lunge, Drüsen usw.) lebend zurückbleibenden Tuberkelbazillen können im disponierten (durch Masern, Keuchhusten usw. geschwächten) Körper wahrscheinlich Autoinfektionen entstehen; manche Fälle tödlich verlaufender Tuberkulose im Kindesalter, z. B. tuberkulöse Meningitis, sprechen dafür. Es scheint aber nicht begründet, daß die im Mannesalter auftretende Phthise vornehmlich Folge einer metastasierenden Autoinfektion sei und nur ausnahmsweise einer von außen kommenden Ansteckung, wie Römer und Much behaupten.

Daß die Phthisis gewöhnlich erst im Uebergangsalter oder bei Erwachsenen beobachtet wird, kann auf verschiedene Weise erklärt werden (Nachlassen der in der Kindheit erworbenen Immunität, erhöhte Ansteckungsmöglichkeit verbunden mit Schädigung der Atmungsorgane im Berufsleben, häufigere und andere Gelegenheit, Tuberkelbazillen aufzunehmen). Jedenfalls ist eine wiederholte Rëinfektion eher die Ursache für das Zustandekommen der Phthise als eine Autoinfektion aus alten tuberkulösen Herden des Körpers, die von der jugendlichen Infektion zurückgeblieben sind.

Nach den Versuchen von Selter ist es möglich, auch bei Meerschweinchen durch sehr kleine Bazillenmengen oder abgeschwächte Kulturen eine heilbare Tuberkulose zu erzeugen. Es kann also bei Meerschweinchen Ueberstehen und Ausheilung einer Tuberkuloseinfektion beobachtet werden. Damit eröffnet sich der Weg für weitere Untersuchungen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Frage der Mobilisierung der Tuberkelbazillen durch Tuberkulin. Von Stabsarzt Prof. Dr. Möllers und Dr. A. Oehler. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 15.

Im Tuberkulose-Laboratorium des Instituts „Robert Koch" wurden die einschlägigen Untersuchungen bei insgesamt 54 Patienten vorgenommen, von denen 10 dem I., 5 dem II. und 7 dem III. Stadium der Lungentuberkulose angehörten. Danach wird das Auftreten von Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei Phthisikern durch Einspritzung von Tuberkulin mit nachfolgender Fieberreaktion weder verhindert noch begünstigt.

Die Annahme, daß das Tuberkulin die Eigenschaft habe, die im tuberkulösen Menschen befindlichen Tuberkelbazillen „mobil" zu machen und ihre Verbreitung im Körper auf dem Wege der Blutbahn zu begünstigen, wird durch die vorgenommenen Verimpfungen des Blutes auf Meerschweinchen nicht gestützt. Der Prozentsatz der positiven Blutbefunde ist im Gegenteil während der Tuberkulinreaktion geringer gewesen als bei Blutentnahme zu reaktionsfreier Zeit. Damit wird auch die Behauptung, daß durch Tuberkulineinspritzungen virulente Tuberkelbazillen aus den erkrankten Organen in die Blutbahn gebracht werden und dadurch eine bedenkliche Schädigung der Patienten eintritt, als falsch erwiesen.

Für den Arzt, der mit Tuberkulin arbeitet, erübrigten sich diese tierexperimentellen Beweise (vergl. die Schlußbetrachtungen im Baudelier-Roepkeschen Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose). Es ist nunmehr zu erwarten, daß das „Märchen vom mobil gemachten Tuberkelbacillus", wie sich Robert Koch ausdrückte, nicht weitererzählt wird.

Dr. Roepke-Melsungen.

Mobilisation der Lungen als Grundlage der Tuberkulose-Behandlung. Von Stabsarzt Dr. E. Kuhn. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 3.

Die Mobilisationsbehandlung in den Anfangsstadien ist auf Grund der pathologischen Physiologie die unbedingt zu erstrebende, aussichtsreichste Methode zur Behandlung der Lungentuberkulose. Am zweckmäßigsten erfolgt sie durch die Anwendung der Saugmaske. Durch die dosierbar gesteigerte Atemgymnastik vermittelst der Saugmaske ist zugleich eine Autoinokulations-

therapie (Ausschwemmung von Toxinen aus dem Krankheitsherd in den allgemeinen Kreislauf) der Lungentuberkulose möglich. Zur Beobachtung und richtigen Dosierung der Autoinokulation hat die Saugmaskenbehandlung besonders im Anfang unter Kontrolle der Temperatur zu erfolgen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Sanatorientuberkulosefrage. Von Dr. M. Holmboe-Kristiania, Direktor des zivilen Medizinalwesens Norwegens. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, H. 3.

Verfasser gibt eine Uebersicht über die Entwicklung der Frage von der Hospitalisierung der unbemittelten Schwindsüchtigen in Deutschland und den skandinavischen Ländern. Anfangs wurden Heilstätten für die Kranken im Anfangsstadium errichtet; es zeigte sich aber bald, daß auch etwas für die mehr vorgeschrittenen, unheilbaren Fälle im eigenen Interesse und in dem der Umgebung geschehen mußte. Hierbei machten sich zwei Richtungen geltend, die eine, die Heilstätten für die Behandlung der heilbaren Fälle und Anstalten für die Verpflegung von Unheilbaren getrennt voneinander verlangte, während die andere Richtung das Aufgeben solcher Absonderung betrieb. In Schweden ist zum Teil die letztgenannte Richtung bestimmend geworden, in Deutschland, Dänemark und Norwegen hat man im großen und ganzen an der Errichtung gesonderter Heil- und Pflegeanstalten festgehalten, und zwar nach Verfassers Ansicht mit Recht.

Eine wirkliche Heilanstalt für Lungentuberkulöse muß über alle Hilfsmittel unserer Zeit verfügen, insbesondere über ein recht großes Gelände, eine nach mehreren Richtungen kostspielige Ausstattung und einen durchgebildeten Facharzt, der sich ganz der Tätigkeit innerhalb der Anstalt widmen kann; dies ist auch aus disziplinären Gründen notwendig. Bei der Wahl des Bauplatzes müssen auch die klimatischen Verhältnisse in Betracht gezogen werden. Da die Heilstätten deshalb außerhalb der Städte angelegt werden müssen, wird es fast immer notwendig, für das Personal Wohnungen zu bauen. Alles das verteuert die Heilstätten, so daß jedes Krankenbett durchschnittlich teurer ist als in einem Krankenhaus. Es ist daher schon aus ökonomischen Gründen unzweckmäßig, einen Teil der teuren Heilstättenbetten für Unheilbare zu verwenden. Ferner wird die Schwierigkeit hervorgehoben, vorgeschrittene Kranke weit von ihrer Heimat weg zu bringen, und der deprimierende Einfluß, dem das stete Zusammensein mit weit vorgeschrittenen und sterbenden Kranken unvermeidlich verbunden ist. Alles dies spricht gegen die Kombination von Heil- und Pflegeanstalten und für die Einrichtung von gesonderten Heilstätten und Pflege- oder Invalidenheimen. Letztere dürfen aber nicht den Eindruck von Verfallen des Todes machen; das läßt sich auch nach den Erfahrungen mit den 50 norwegischen Pflegeheimen für Tuberkulöse vermeiden.

Als Normalzahl der Betten einer Volksheilstätte hat die internationale Tuberkulose-Vereinigung 100, als Maximum 200 und als Minimum 60 vorgeschlagen. Eine Heilstätte soll nicht so groß sein, daß der leitende Arzt den Ueberblick über den Zustand jedes Kranken verliert, und anderseits nicht so klein, daß die Arbeitskraft des Arztes nicht ausgenutzt wird. Bei Anstalten von mehr als 50—60 Betten ist die Anstellung eines Hilfsarztes erforderlich.

Dr. Roepke-Melsungen.

Tuberkulose- und Heilmittelschwindel. Von Oberarzt Dr. Klare-Walhof Elgershausen. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 2.

K. gibt einen kleinen Ueberblick über die sog. „Heilmittel", die den Lungenkranken in gutbezahlten Anzeigen unserer leider vielfach feilen Tagespresse angeboten werden:

Tuberkulozyme (kupferhaltiges Salz) wird von P. Yonkermann & Co. in London angepriesen; die Kur kostet 50 M.

Dr. Richard Jeschke & Co. in Kötzschenbroda (früher Spiro-Spero alias Weidhaas) empfehlen, ihre „verbesserte Methode" mittels Inhalationsapparat, Atmungsstuhl und Tees.

Magalia ist die Medizin des Johann Wilhelm Krahe, die angeblich Schwindsucht, Knochentuberkulose, Asthma u. a. vollständig heilt.

Für Biomalz in der Tuberkulosebehandlung schreibt ein Dr. Camphausen, dessen Eigenart es ist, mehr als zweifelhafte Mittel zu empfehlen.

Von Tees werden unter marktschreierischer Reklame als Heilmittel gegen Lungenkrankheiten in den Handel gebracht der Puhlmantee von der Firma Puhlman & Co. in Berlin, der Johannis-Tee der Firma Brockhaus & Co., der Peuleke-Tee von Peuleke & Co. in Halle a. S., der Samum-Tee von Mr. Leo Hauser in Tetschen a. E., der Brustheiltee und Uta-Balsam der Deutschen Gesellschaft für Pflanzenheilkunde in Berlin, der Liebersche Brusttee (Liebersche Kräuter, Blankenheimer Tee, Auszehrungskräuter).

K. Haders Lungenheilmittel (Ha-Gerin) ist ein Geheimmittel, das in unsachgemäßer Weise zusammengesetzt ist und leicht in Zersetzung übergeht.

Antiterror kommt als „absolut sicheres“ Heilmittel gegen Tuberkulose von Kaiserslautern aus durch die Antiterror-Werke in den Handel. Es soll aus Gerbsäure, Tonerde, Aether, Chlorophil, Harz, Tannin, Kalium, Eisen und Albumin bestehen. Zur Kur gehört außerdem noch ein Paket Tee.

Kalziol ist das Lungenmittel von Theo Thommen in Neu-Allschwill, der die günstigen Urteile über den Gebrauch von Kalksalzen bei Tuberkulose zur Reklame für sein Präparat verwendet. 200 Tabletten kosten 11,50 M., 100 Tabletten 6,50 M. Dr. Roepke-Melsungen.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Nahrungsmittelhygiene.

Die polizeiliche Ueberwachung des Verkehrs mit Milch in großen Städten Deutschlands. Von Dr. Niederstadt-Hamburg. Oeffentliche Gesundheitspflege; 1916, Nr. 4.

Verfasser bespricht zunächst die durch die Milch zu befürchtenden Gesundheitsschädigungen sowie die zu ihrer Verhütung erforderlichen Maßnahmen und die Notwendigkeit einer Ueberwachung des Milchverkehrs namentlich in den Städten. Eine solche ist um so mehr geboten, als die Milch unser wichtigstes Nahrungsmittel ist; denn der Wert des Milchverbrauchs in Deutschland erreichte schon im Jahre 1906 die Höhe von 26,4 Milliarden Mark, gegen eine Ausgabe von 22,5 Milliarden M. für Brotgetreide, 0,8 Milliarden für Kartoffeln und 0,4 Milliarden für Zucker. Er schildert dann die zur Ueberwachung des Milchverkehrs bereits bestehenden landes- und ortspolizeilichen Verordnungen, die sich durch große Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit der Einzelvorschriften auszeichnen. Eine reichsgesetzliche Regelung des Milchverkehrs sei deshalb unbedingt erforderlich; es genüge dazu aber schon eine gesetzliche Festlegung der Grundzüge, so daß den landes- und ortspolizeilichen Vorschriften noch genügend Raum zur Betätigung verbleiben, um das Gesetz den einzelnen Gegenden mehr anzupassen. Die polizeilichen Verordnungen von Darmstadt und Danzig sowie den preußischen Runderlaß von 1912 hält Verfasser für geeignet, als Grundlage für ein solches Gesetz zu dienen, da sie wohl am meisten den neuzeitlichen hygienischen Anforderungen entsprechen. Rpd.

Ueber die Leistungsfähigkeit des Lobeckschen Milchsterilisierungsverfahrens (Biorisation). Von K. E. F. Schmitz, z. Z. stellv. Direktor des Hygienischen Instituts Aus dem Hygienischen Institut der Universität Greifswald (Direktor: Prof. Dr. P. H. Römer). Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; Bd. 80, H. 2.

Das von Lobeck in Leipzig 1912 angegebene Sterilisierungs-(Biorisator-) Verfahren besteht im wesentlichen darin, daß die fein versprühte Milch einer plötzlichen Erhitzung auf etwa 75° und einer ebenso plötzlichen Abkühlung unterworfen wird. Die genaue Apparatur und deren Handhabung sind im Original nachzulesen. Als wesentliche Vorteile dieser Methode wurde angegeben, daß mit Ausnahme der widerstandsfähigen Sporen sämtliche Keime abgetötet werden, ohne daß der Rohmilchcharakter leidet. Die Prüfung des Verfahrens ergab, daß die Milch nach der Biorisierung durch Geruch und Geschmack keineswegs von der rohen Milch zu unterscheiden war. Mit den Fermentreaktionen konnte ebenfalls in keinem Falle ein Unterschied zwischen roher und biorisierter Milch festgestellt werden; auch das genuine Molken-

eiweiß war unverändert. Dagegen war das Labgerinnungsvermögen der biorisierten Milch etwas herabgesetzt, aber noch immer bedeutend besser als das der gekochten Milch. Die bakterizide Kraft der rohen und biorisierten Milch wurde nahezu gleich befunden; auch hatte die Höhe des antitoxischen Titers eines zugesetzten Diphtherieantitoxins durch die Biorisation keine Abnahme erlitten. Die gewöhnlichen Milchkeime wurden bis auf die Sporen vernichtet, ebenso Krankheitserreger, einschließlich Tuberkelbazillen des bovinen Typus, die in großen Mengen zugesetzt worden waren. Da die Sporen nicht abgetötet werden, besteht die Gefahr der Peptonisierung. Will man dieser begegnen, so kann man sie durch Einsaat von Milchsäure-Bakterien oder durch Kombination mit dem Perhydrose-Verfahren von Muck und Römer verhindern. Auch zur Abtötung von Keimen in Impfstoffen (Cholera etc.) erwies sich das Verfahren brauchbar; zur Sterilisierung von Serum ist der Apparat in seiner vorliegenden Form noch nicht geeignet. Versuche zur Entkeimung von Trinkwasser haben Aussicht auf Erfolg. Das Verfahren wird sich in erster Linie dazu eignen, eine tuberkulöse Infektion durch die Milch bei Kälbern zu verhüten.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

2. Blindenfürsorge.

Blindenwesen und Kriegsblindenfürsorge. Vortrag von Prof. Dr. A. Bielschowsky, Direktor der Königl. Universitäts-Augenklinik in Marburg. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 31 S. Preis: geb. 1 M.

Verfasser gibt zunächst einen kurzen Abriß des Blindenwesens und seiner Entwicklung, die durch den Krieg zweifellos gefördert wird, da er die Fachmänner vor einer Reihe neuer Aufgaben und Fragen gestellt und die Mitwirkung weiter Kreise der Bevölkerung an dem großen Lebenswerke der Blindenfürsorge geführt hat. Die Erblindungsgefahr ist im jetzigen Kriege infolge der modernen Kriegsführung eine viel größere wie vor 100 Jahren. Die Blindheit trifft hier junge, kräftige und bis dahin ganz gesunde Menschen völlig unerwartet und bedingt deshalb bei allen eine schwere Gemütsdepression, die erst beseitigt werden muß, ehe an eine Ausbildung herangegangen werden kann. Das wirksamste Mittel gegen diese geistige Depression ist die Arbeit, wie denn überhaupt die berufliche Ausbildung mit der allgemeinen Blindenausbildung Hand in Hand gehen muß. Der Unterricht muß aber von geschulten Lehrkräften erteilt werden; auch sollte erst nach der vollendeten Ausbildung der Kriegsblinde als Soldat entlassen werden. Für die Ausbildung empfiehlt sich keine Zentralisation, da gerade bei Kriegsblinden eine weitgehende Individualisierung geboten ist. Je mehr ihre Eigenart berücksichtigt wird, je mehr es der Lehrer versteht, sich ihr Vertrauen und ihre Zuneigung zu gewinnen, desto sicherer und gedeihlicher wird sich ihre Berufserziehung gestalten. Deshalb sollte die Ausbildung auch nur in kleinen Gruppen (4—5) von einigermaßen gleichartigen Leuten erfolgen. Die sogenannten eigentlichen Blindenberufe kommen nur für einen kleinen Teil der Kriegsblinden in Betracht, da sie einen zu langen Aufenthalt in der Anstalt erfordern. Viele können mit gewissen Einschränkungen ihren früheren Beruf wieder aufnehmen, andere einer ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zugeführt werden. Wie Versuche ergeben haben, eignen sich die Blinden auch zum Telefondienst; ein Blinder brachte es z. B. auf die Herstellung von 240 Gesprächsverbindungen, gegenüber durchschnittlich 150 bei den auf der Post angestellten Telefonisten. Die Verwertbarkeit des sogenannten Optophons, die den fehlenden Gesichtssinn durch das Gehör ersetzen soll, ist nach den auf Anlaß des Verfassers angestellten Versuchen vorläufig noch höchst zweifelhaft. Der für die Kriegsblindenfürsorge gesammelte, mehrere Millionen betragende Betrag soll, abgesehen von Fällen wirklicher und unverschuldeter Not, namentlich zur Unterstützung aller Bestrebungen, die die Ausbildung der Blinden sowie die Erlangung von geeigneten Arbeitsstellen im Auge haben, benutzt werden. Gerade die Erweiterung der Erwerbsmöglichkeiten für Blinde stellt den Beginn einer neuen Epoche des gesamten Blindenwesens dar. Rpd.

Blindenanstalten und Blindenfürsorge in Preußen mit Berücksichtigung der Kriegsblinden-Fürsorge. Von Dr. R. Behla, Reg.- und



Geh. Med.-Rat, Berlin. Sonderabdruck aus der Zeitschrift des Königl. Preuß. Statistischen Landesamts; Jahrg. 1915.

Von sämtlichen am Volkszählungstage in Preußen ermittelten 20953 Blinden (10956 m. und 9497 w.) befanden sich 3891 (1949 m. und 1942 w.) = 18,57 % (17,79 % m. und 19,43 % w.) in Anstalten. Diese Verhältnisziffer ist je nach den einzelnen Provinzen verschieden; sie beträgt in Berlin z. B. nur 10 %, in Schleswig-Holstein dagegen 20 %. Auch in bezug auf die Altersklassen macht sich ein großer Unterschied bei den in Anstalten untergebrachten Blinden bemerkbar; den höchsten Prozentsatz stellen die schulpflichtigen Kinder von 5—10 (45,05 %) und 10—15 Jahren (69,59 %), auch die Altersklasse von 15—20 Jahren zeigt noch eine Verhältnisziffer von 63,02 %; dann fällt diese schnell auf 30,45 % (20.—25. Lebensjahr) und hierauf allmählich bis auf 7,22 % (über 80 Jahre) herab; diese Ziffer ist aber immer noch höher als die für die Altersklassen von 0—5 Jahren, wo sie nur 5,46 % beträgt. Zurzeit sind in Preußen 16 Blindenanstalten vorhanden; die Zahl der darin untergebrachten schulpflichtigen Kinder ist von Jahr zu Jahr gestiegen, von 1013 im Jahre 1912 auf 1193 im Jahre 1914. Der Unterricht hat sich in diesen Anstalten immer mehr vervollkommnet; dasselbe gilt betreffs der Lehrmittel. Die meisten Anstalten verfügen auch über eine umfangreiche Bibliothek mit zahlreichen Büchern, die Blinde lesen können. In den Anstalten bildet außer dem Schulunterricht der Blinden im Lesen, Schreiben und Rechnen der Berufsunterricht eine wichtige Rolle. In letzter Zeit hat man auch Blinde als Masseure ausgebildet. Die Erwerbsaussichten sind aber keine günstigen für die in einem Berufe ausgebildeten Blinden; ihr Verdienst bleibt sehr erheblich gegen die gesunden gleichartigen Arbeiter zurück, so daß es nicht immer zum Lebensunterhalt genügt. Deshalb bildet auch die Blindenfürsorge ein großes Arbeitsfeld für die Nächstenliebe. Erfreulicherweise hat diese stets ein warmes Herz für die Blinden gehabt, um deren Los nach jeder Richtung hin zu lindern. Neben den Blindenanstalten sind fast in allen Bundesstaaten auch Blindenheime sowie Vereine vorhanden, die sich die Blindenfürsorge zur Aufgabe gemacht haben. In jüngster Zeit sind dazu noch die menschenfreundlichen Bemühungen der Kriegsblindenfürsorge hinzugetreten. Die Zahl der Kriegsblinden ist noch nicht bekannt; sie wird aber keine geringe sein; um so erfreulicher ist es, daß die im März 1915 durch öffentlichen Aufruf veranlaßte Sammlung eines Kapitals zur Unterstützung erblindeter Krieger fast 5 Millionen Mark eingebracht hat. Außer der mit diesem Kapital gebildeten Kriegsblindenstiftung für Heer und Flotte, der noch ½ Mill. M. von der mit ihr vereinigten bisherigen Kriegsblindenstiftung der deutschen Gesellschaft für künstlerische Volkserziehung zugeflossen sind, besteht noch ein Deutscher Blindenverband. Daß ärztlicherseits das Beste zur Heilung der Kriegsblinden geschieht, dafür bürgt der durch die Einrichtung der beratenden Hygieniker und Spezialärzte verbesserte Stand unseres Militärsanitätswesens. Wo möglich beginne man schon in den Lazaretten mit dem Unterricht im Lesen und Schreiben der Brailleschen Punktschrift und mit leichten Handarbeiten. Weiterhin empfiehlt sich die Unterbringung der Kriegsblinden in Blindenanstalten oder wenigstens in Orten, wo solche vorhanden sind. Zu empfehlen ist auch die Herausgabe eines amtlichen Merkblatts in Schwarz- und Punktdruck, das über die für Kriegsblinde in Betracht kommenden Fragen über Rentenansprüche usw. Auskunft gibt. Heeres- und Zivilverwaltung sowie Fachblindenlehrer müssen Hand in Hand gehen und für eine geregelte Blindenfürsorge eintreten, die dem früheren Berufe der Kriegsblinden und der individuellen Veranlagung eines jeden möglichst Rechnung trägt.

Die Frage, ob sich die Blindenzahl in Zukunft noch verringern lassen wird, bejaht Verfasser, da die Blindheit zu den Uebeln gehört, die zum großen Teil vermeidbar sind. Die genaue Erforschung der Ursachen der Blindheit ist im Wachsen und damit auch die Möglichkeit ihrer Vermeidung. Allerdings wird sich die angeborene Blindheit, die etwa 25 % aller Fälle beträgt, kaum aus der Welt schaffen lassen, wohl aber die durch Augenentzündung der Neugeborenen, durch Granulose, durch Infektionskrankheiten und Berufsverletzungen hervorgerufene. Rpd.

Besprechungen.

Dr. Heinrich Joachim, Sanitätsrat und Dr. Alfr. Korn, Justizrat, Berlin: **Die preussische Gebühren-Ordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896.** Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1916. Verlag von Oscar Coblentz. Gr. 8°, 286 S. Preis: geh. 10 M., gebd. 11 M.

Mit Recht bezeichnen die Verfasser die neue Auflage ihres Kommentars der preußischen Gebührenordnung als eine gänzlich umgearbeitete; denn sie stellt sich gegenüber der vorhergehenden als ein völlig neues Werk dar, bei dem namentlich die inzwischen stark angewachsene Rechtsprechung nicht nur eingehend berücksichtigt, sondern auch durch Abdruck des wesentlichen Teiles der Urteile wiedergegeben ist. Außerdem ist der Inhalt der Gebührenordnung durch zahlreiche Beispiele erläutert, um dem Arzte die Aufstellung seiner Rechnungen zu erleichtern. Besonders wertvoll ist ein der Erläuterung der Gebührenordnung vorangestellter rechtswissenschaftlicher Teil, in dem die einschlägigen Fragen (Honorarrechnung des Arztes, [Zahlungspflicht der Eltern, des Ehemannes, der Ehefrau, der Krankenkassen und Armenverbände, des Dienstherrn], die Höhe des ärztlichen Honorars und die Geltendmachung des Honoraranspruches) vom juristischen Standpunkte aus klar und für den Arzt berechnet besprochen sind. Außer der ärztlichen Gebührenordnung haben auch die gesetzlichen Bestimmungen über die Gebühren für die Besorgung amts- und gerichtsärztlicher Geschäfte in einem besonderen Abschnitt Berücksichtigung und Erläuterung gefunden. — Eine nach dem Inhalt alphabetisch geordnete Zusammenstellung der benutzten Gerichtsentscheidungen sowie ein sorgfältiges Sachregister werden die Benutzung des selbst allen Ansprüchen entsprechenden und deshalb warm zu empfehlenden Kommentars wesentlich erleichtern. Rpd.

Taschenbuch des Feldarztes IV. (a) und V. (b) Teil. München 1916. J. F. Lehmanns Verlag.

a. **Dr. H. Lipp,** z. Z. Assistent im Reservelazarett in Hohenheim: **Empfindliche, einfache und rasch ausführbare Untersuchungsmethoden für Lazarette, Laboratorien und prakt. Aerzte.** 12°; 70 S. Preis: geb. 2 M.

Verfasser hat sich bemüht, unter Verwertung der alt bewährten Untersuchungsmethoden auch die neuen, zum Teil noch wenig bekannten, soweit sie sich als eindeutig bewährt haben, zur Darstellung zu bringen und dem Praktiker einen Fingerzeig zu geben, wie man mit möglichst einfachen Mitteln und ebenso vortrefflichen wie billigen Apparaten sicher, zuverlässig und rasch analysieren kann. Unter Einhaltung dieses Grundsatzes sind in sieben Abschnitten die Untersuchung von Harn, Sperma, Punktionsflüssigkeit, Sputum, Mageninhalt, Stuhl und Blut kurz und sachgemäß behandelt; überall sind die hauptsächlichsten und namentlich für den praktischen Arzt brauchbarsten Untersuchungsmethoden in klarer Weise geschildert, so daß sich das Büchlein schnell in den beteiligten Kreisen einbürgern wird.

b. **Dr. Erich Plath,** Oberarzt und **Dr. Aug. Dethleffsen,** Assistenzarzt am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbeck: **Die physikalische Therapie im Feld- und Heimatlazarett.** Mit 90 Abbildungen. München 1916. 12°; Preis: geb. 4 M.

Obwohl die physikalische Therapie bei der ärztlichen Behandlung der verwundeten und erkrankten Krieger nach den bisherigen Erfahrungen sehr wertvolle Dienste leisten kann, findet sie noch nicht in dem Maße Anwendung, wie sie es verdient. Der Grund darin liegt zum Teil in der unzureichenden Ausbildung der Aerzte auf diesem wichtigen Gebiete, zum Teil auch darin, daß die zu ihrer Durchführung vielfach erforderlichen komplizierten Einrichtungen zu kostspielig sind und daher ihre Anschaffung unterbleibt. Auf Grund ihrer reichen Erfahrungen zeigen die Verfasser nun in dem vorliegenden, aus Vorträgen, die sie im Barmbecker Krankenhaus gehalten haben, entstandenen Taschenbuch, daß sich die physikalische Heilbehandlung auch in einfachen Verhältnissen und ohne große Apparate durchführen läßt; das Taschenbuch entspricht demzufolge so recht dem Bedürfnisse des praktischen Arztes und zwar nicht nur in Kriegs-, sondern auch in Friedenszeiten. Sein Inhalt zeichnet sich durch Uebersichtlichkeit und Klarheit aus und ist vielfach durch

zahlreiche vorzüglich ausgeführte Abbildungen erläutert; namentlich gilt dies betreffs der verschiedenen, von den Verfassern benutzten kleineren Behandlungsapparaten, die hier zum Teil zuerst beschrieben sind und von der orthopädischen Lehrwerkstätte des Landesausschusses für Kriegsbeschädigte in Hamburg-Barmbeck bezogen werden können. Rpd.

Tagesnachrichten.

Auf dem Gebiete der **Volksernährung** sind vom Bundesrat in den letzten Wochen eine erhebliche Anzahl von Bestimmungen nicht blos zur Sicherung einer ausreichenden Ernährung, sondern auch behufs Beseitigung der bei dem Lebensmittelverkehr in Erscheinung getretenen Mißstände getroffen. Abgesehen von der bereits in der Nr. 11 dieser Zeitschrift (s. S. 343) erwähnten und in der Beilage zur heutigen Nummer (S. 89 u. 90) abgedruckten Bekanntmachungen über die Kriegsmaßnahmen zur Sicherung der Volksernährung und über Errichtung eines Kriegsernährungsamtes vom 22. Mai d. J., ist der Verkehr mit Fleischwaren durch Bekanntmachung vom 22. Mai 1916 (s. Beilage S. 92) und die Bereitung von Backwaren durch Bekanntmachung vom 26. Mai 1916 neu geregelt; dasselbe gilt betreffs des Verkehrs mit Brotgetreide und Mehl aus der Ernte 1916, mit Hülsenfrüchten, Buchweizen und Hirse (Verordnungen vom 29. Juni 1916), betreffs des Verkehrs mit Verbrauchszucker (Verordnung vom 10. April 1916 nebst Ausführungsbestimmungen vom 24. Juni 1916), betreffs der Verwertung von Speiseresten und Küchenabfällen (Bekanntmachung vom 26. Juni 1916) und der Verwertung von Tierkörpern und Schlachtabfällen (Bekanntmachung vom 29. Juni 1916). Weiterhin hat die Kartoffelversorgung für das kommende Jahr durch Bekanntmachung vom 26. Juni 1916 eine Neuregelung erfahren: an Stelle der bisherigen Reichsstelle für Kartoffelversorgung ist die Reichskartoffelstelle getreten (Bekanntmachung vom 22. Mai 1916) und eine Reichsstelle für Gemüse und Obst durch Bekanntmachung vom 18. Mai 1916 eingerichtet, deren Aufgabe es ist, die Erzeugung, Verwertung und Haltbarmachung von Gemüse und Obst zu fördern. Vor allem ist man jetzt endlich dazu übergegangen, auch gegen den Unfug des sogenannten Kettenhandels bei dem Verkehr mit Nahrungs- und Futtermitteln sowie mit sogenannten Ersatzmitteln in energischer Weise zu bekämpfen. Durch Verordnung vom 24. Juni 1916 über den Handel mit Lebens- und Futtermitteln sowie zur Bekämpfung des Kettenhandels (siehe Beilage zur heutigen Nummer dieser Zeitschrift, S. 90) bedarf es einer besonderen behördlichen Enlaubnis zum Handel mit diesen Mitteln, die zeitlich, örtlich und sachlich begrenzt sowie versagt und entzogen werden kann, wenn Bedenken volkswirtschaftlicher Art oder persönliche oder sonstige Gründe dafür vorliegen. Unlautere Machenschaften, insbesondere Kettenhandel, durch den der Preis für Lebensmittel gesteigert wird, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und Geldstrafe bis 10000 Mark bestraft; desgleichen sind öffentliche Aufforderungen zur Abgabe von Preisangeboten auf Lebensmittel nur mit Genehmigung der zuständigen Polizeibehörde zulässig und öffentliche Ankündigungen über Erwerb oder Veräußerung von Lebensmitteln usw. verboten, soweit diese geeignet sind, einen Irrtum über die geschäftlichen Verhältnisse der Anzeigenden usw. zu erwecken. Das durch Verordnung vom 26. Juni 1916 erlassene Verbot der Herstellung oder Feilhaltens und Verkaufs von fetthaltigen Zubereitungen sog. Ersatzstoffen für Butter oder Schweineschmalz betrifft zwar nur einen kleinen Teil der sogenannten Ersatzstoffe, erfreulicherweise ist es aber auf diesen nicht beschränkt, sondern durch Bekanntmachung vom 26. Juni 1916 [1]) über irreführende Bezeichnung von Nahrungs- und Genußmitteln wird auch das Anbieten, Feilhalten und Verkaufen von Nahrungs- und Genußmitteln unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark bestraft.

[1]) Der Abdruck dieser Bekanntmachung wird in der Beilage zur nächsten Nummer dieser Zeitschrift erfolgen.

Auszeichnung. Bei Gelegenheit des Leibniztages am 29. Juni d. J. hat die Königlich preußische Akademie der Wissenschaften den Generalstabsarzt Prof. Dr. v. **Schjerning** die goldene Leibniz-Medaille verliehen und damit zugleich seine Anerkennung für das gesamte militärische Sanitätskorps ausgedrückt.

Preisausschreiben. Die Adolf-Schwabacher Stiftung hat aus ihren Mitteln einen **Preis von 20000 Mark** für eine medizinische Leistung aus dem Gebiete der Volksernährung in Kriegszeiten ausgeschrieben. Bewerbungen sind bis zum 1. Juli 1918 an das preußische Kultusministerium zu richten.

In Brüssel findet unter dem Ehrenvorsitze des Generalgouverneurs in Belgien General v. Bissing vom 15. Juli bis 15. Oktober d. J. eine **Ausstellung für soziale Fürsorge** statt, an der sich das Reichsversicherungsamt, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beteiligen werden. Die Ausstellung, deren Leitung die Abteilung „Soziale Fürsorge“ des Belgischen Roten Kreuzes übernommen hat, umfaßt folgende vier Gruppen: Organisierung und Ergebnisse der Reichsversicherung, Arbeiterwohnungswesen, Volksseuchen (Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkoholmißbrauch) und Unfall-(Kriegsbeschädigten-)Fürsorge. Das Zentralbüro der Ausstellung befindet sich in Brüssel, Avenue Galilée Nr. 14.

Am 3. und 4. d. Mts. hat in Berlin (großer Sitzungssaal des Reichstages) eine **außerordentliche Tagung der Zentralstelle für Volkswohlfahrt** in Gemeinschaft mit dem Zentralverein für das Wohl der arbeitenden Klassen stattgefunden, auf der die **praktische Durchführung von Massenspeisungen** zur Verhandlung gekommen ist. Auf der Tagesordnung standen:

1. Das Problem der Massenspeisung; Stadtrat a. D. Dr. Luther, Geschäftsführer des Deutschen und Preußischen Städtetages, Berlin. 2. Zentralisation, Dezentralisation und die Beteiligung privater Vereine; Stadtrat Prof. Dr. Philipp Stein, Berlin-Frankfurt a. M. 3. Einrichtung der Küchen; Theodor Thomas, Frankfurt a. M. 4. Die Wirtschaftsführung; Baronin Horn, München. 5. Die Abgrenzung des Besucherkreises; Oberbürgermeister Koch, Cassel. 6. Die Anrechnung der Lebensmittelkarten; Dr. Cohn, Direktor des Lebensmittelamtes, Straßburg i. E.

Die Tagung soll eine Aussprache über die für die praktische Durchführung in Betracht kommenden Gesichtspunkte bringen, um den an der Errichtung von Volksküchen beteiligten Kreisen Anregungen zu geben.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Kasse:

Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Hermann Coenen-Breslau.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Hans Doering-Breslau.
Obergeneral- und Korpsarzt Dr. Georg Eyerich-Würzburg.
Oberstabsarzt Dr. Hans Henning-Graudenz.
Generaloberarzt a. D. San.-Rat Dr. Hesselbach-Hamm i. W.
Generaloberarzt Prof. Dr. C. Hirsch-Göttingen.
Oberstabsarzt Dr. Gotthard Keyl-Berlin-Wilmersdorf.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kittel-Ruß (Reg.-Bez. Gumbinnen).
Stabsarzt Dr. Ernst Köhn-Hamburg (inzwischen gefallen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Georg Liersch-Kottbus.
Prof. Dr. Schiltenhelm, beratender Arzt, Königsberg i. Pr.
Stabsarzt Dr. Schloßhauer-Hannover.
Generaloberarzt Dr. Wagner.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Stabsarzt d. L. Dr. Boyé, Bahnarzt in Kirchheimbolanden (Pfalz), staatsärztlich geprüft.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kurpjuweit, Kreisarzt in Swinemünde. Derselbe hat auch das Ritterkreuz des Kaiserl. Oesterreichischen Franz Josef-Ordens am Kriegsbande erhalten.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen sind ferner:

Feldunterarzt Walter Ambrosius-Königsberg i. Pr. (in der Gefangenschaft gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Biller-Dortmund.
Stabsarzt d. Res. Reg.-Rat Dr. **Wilhelm Buchholz**-Berlin-Charlottenburg (infolge von Krankheit gestorben), Mitglied d. Kaiserl. Gesundheitsamts.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Ludwig Cohn-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Walter Dippelt-Greifswald.
Marine-Feldunterarzt Ferd. Droege-Wilhelmshaven.
Marinestabsarzt Florenz Gelhaar-Wilhelmshaven.
Feldarzt Dr. S. Grosser-Prenzlau (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt Dr. v. Koch-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Köhn-Hamburg.
Oberarzt d. R. Dr. Rudolf Kost-Bernhausen (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Kleiminger, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt in Neustadt (Holstein).
Stabsarzt Dr. H. Müller-Dresden.
Marineassistenzarzt Dr. Hellmut Müller.
Feldunterarzt Richard Remky-Allenstein (Ostpreußen).
Feldunterarzt Werner Ritter-Eschwege (Reg.-Bez. Cassel).
Oberarzt d. Res. Dr. Theodor Rive-Erlangen.
Feldunterarzt Walter Sand-Düsseldorf.
Med.-Rat Dr. **Schmidt**, Kreisarzt in Warendorf (Westfalen).
Marinestabsarzt d. Res. Dr. Paul Schultze-Neusalz a. O. (Reg.-Bez. Liegnitz) (auf S. M. S. Pommern).
Marineassistenzarzt d. Res. Dr. F. Sturmhövel.
Feldarzt Dr. Arthur Schwarz-Berlin-Zehlendorf (in russischer Gefangenschaft gestorben).
Generaloberarzt Dr. Johannes Volkmann-Graudenz.
Assistenzarzt d. Res. Dr. A. Volp-Dresden.
Marineassistenzarzt d. Res. Dr. Kurt Weißkopf.
Feldunterarzt Paul Wertheim-Gelnhausen.

Ferner haben den Heldentod gelitten: Oberleutnant z. S. Wilhelm Plinke, Sohn des Med.-Rats Dr. Plinke, Kreisarzt in Hannover.

Berichtigung: Dr. Erich Bosse aus Kosten (Posen), Kreisarzt in Konin (Russ. Polen), ist nicht an Flecktyphus (wie in Nr. 12, S. 383 angegeben ist) gestorben, sondern infolge eines Herzleidens.

Cholera-Erkrankungen sind in den letzten Wochen weder im Deutschen Reich noch in Oesterreich gemeldet.

Fleckfieber-Erkrankungen sind im Deutschen Reich in den Wochen vom 11. bis 24. Juni nur 1 und 4 (sämtlich unter Kriegsgefangenen in Gefangenenlagern), in Ungarn vom 8. bis 24. Mai 4, 6 (2) und 13 (1) Erkrankungen (Todesfälle) gemeldet.

Pocken. Im Deutschen Reiche sind in den Wochen vom 11. bis 24. Juni 7 und 16 Pockenerkrankungen vorgekommen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 28. Mai bis 10. Juni 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Trichinose, Rotz, Aussatz, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 3 (—), 9 (—); Milzbrand: — (—), — (1); Pocken: — (—), 2 (—); Unterleibstyphus: 146 (8), 159 (17); Ruhr: 44 (2), 41 (10); Diphtherie: 1789 (86), 1921 (128); Scharlach: 1214 (51), 1611 (64); Kindbettfieber: 38 (15), 54 (10); Genickstarre: 22 (9), 17 (4); spinaler Kinderlähmung: 1 (—), 2 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 12 (—), 12 (3); Körnerkrankheit (erkrankt): 60, 108; Tuberkulose (gestorben): 806, 880.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 14. Ausgegeben am 20. Juli 1916.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 14.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Dyrenfurth, Assistent an der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde, zum Kreisarzt in Oletzko, mit dem Amtssitz in Marggrabowa; Dr. Franz Patschke in Neidenburg zum Kreisassistenzarzt unter gleichzeitiger Beauftragung mit der vertretungsweisen Verwaltung der Kreisarztstelle des Kreises Neidenburg; Dr. Karl Schilling in Sensburg zum Kreisassistenzarzt unter Beauftragung mit der vertretungsweisen Verwaltung der Kreisarztstellen der Kreise Sensburg und Roßla.

Die Versetzung des Kreisarztes Med.-Rat Dr. Schroeder-Weißenfels nach Marggrabowa ist zurückgenommen.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. O. Brinkmann, Kreisarzt in Culm.

Gestorben: Med.-Rat Dr. August Behrendt, Kreisarzt in Tilsit und Med.-Rat Dr. Aug. Schmidt, Kreisarzt in Warendorf.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das König Ludwig-Kreuz: den Bezirksärzten Dr. Sauerteig-Münchberg, Dr. Stappel-Obernburg und Dr. Steinhuber-Passau sowie dem Med.-Rat Dr. Prinzing, Direktor der Kreisirrenanstalt in Kaufbeuren.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Karrer, Direktor der Kreisirrenanstalt in Klingenmünster (Pfalz).

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Aus dem Staatsdienst getreten auf eigenes Ansuchen: Geh. Med.-Rat Dr. Müller, Medizinalreferent bei dem Großherzogl. Ministerium in Rostock, unter Verleihung des Charakters als Geh. Ober-Med.-Rat.

---

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 14.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Juli.

Eine umschriebene Typhusepidemie infolge Milchinfektion und Kontaktansteckung.

Von Medizinalrat Dr. **Graßl**, Bezirksarzt in Kempten.

Am 13. Juli 1915 wurde der Gymnasiast B., Sohn eines Badebesitzers, in das z. Z. von mir geleitete Distriktskrankenhaus Kempten in stark benommenen Zustand und fast taub verbracht. Am 15. Juli konnte Unterleibstyphus klinisch festgesetzt werden. Die Erhebungen durch mich ergaben, daß der Gymnasiast B. bereits 3 Wochen schwer krank und angeblich ohne ärztliche Behandlung gewesen war. Weiter ergab die Nachforschung, daß zu Frohnleichnam 1915 — ungefähr also Juni 1915 — dessen Mutter Fieber, Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden gehabt und in Behandlung eines Kurpfuschers Ra. in Kempten gestanden hatte, der angeblich den Urin wiederholt chemisch und mikroskopisch untersucht habe, ohne etwas gefunden zu haben.

Die im bakteriologischen Institut München vorgenommenen Untersuchungen der Ausscheidungen fielen anfangs negativ aus und erst in der 6. Woche positiv.

Am 31. Juli 1915 wurde durch Dr. R. Typhus-Verdacht bei dem 4 Jahre alten Kind Vi. und dessen Mutter gemeldet. — Die Untersuchung durch mich ergab das Schulbild des Unterleibstyphus.

Die Familie B. und Vi. wohnen im K.-Viertel, einige Straßen von einander entfernt. Es lag daher der Verdacht nahe, daß eine gemeinsame Quelle für beide Familienerkrankungen bestand. Die sorgfältige Aufnahme aller Verhältnisse ergab, daß lediglich die Milch als beiden Familien gemeinsam zu betrachten war. Beide erkrankte Familien bezogen ihre Milch aus der Milchhandlung R. im K.-Viertel und haben die Gewohnheit, die Milch ungekocht zu sich zu nehmen.

Am 26. Oktober 1915 nachts wurde ich zu Ki., wohnhaft K.-Viertel, gerufen, deren Untersuchung Unterleibstyphus in der 3. Woche ergab. Sie wurde in das städtische Krankenhaus überführt. — Exitus. — Auch sie war Milchgast der Milchhandlung R.

Am 13. November 1915 meldete Dr. M. Typhusverdacht bei dem Studenten Sch., wohnhaft K.-Viertel, an. — Die Erhebung durch mich ergab, daß noch ein zweiter Student Wn. in der gleichen Wohnung an Typhus erkrankt war. Die Hausfrau Ko. war Milchgast der Milchhandlung R. — Ueberführung beider Kranken in das Distriktskrankenhaus.

Die bisherigen Untersuchungen der Ausscheidungen der Personen, die bei der Milchgewinnung und Milchverteilung in Betracht kommen, ergaben keinen positiven Befund. Auf Grund der epidemiologischen Ergebnisse wurde aber jetzt schon begutachtet, daß mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit, die Infektion durch die Milch weiterverbreitet war, die im Hause der Milchhandlung R. mit Bazillen infiziert war. Die Milchgewinnungsstelle konnte nämlich deshalb als Ursprung der Infektion ausfallen, weil der anfänglich liefernde Bauer wegen der Belästigung durch die Kot- und Urinuntersuchung die Lieferung aufgab und ein anderer Bauer sie übernahm, die Infektion aber trotzdem weiterging.

Am 26. November 1915 meldete Dr. W. Typhus der Wilhelmine Gr. im E.-Viertel und bemerkte hierzu: „Die Schwester Josefine, die an Diphtherie erkrankt war, zeigte nach Abklingen der diphtheritischen Erscheinungen noch fieberhafte Gehirnerscheinungen, die bisher ärztlicherseits auf Septikämie durch Mischinfektion zurückgeführt wurden, da für Typhus trotz genauester Beobachtung keine Anhaltspunkte zu finden waren. Plötzlicher Beginn mit Diphtherie, keine Roseolen, keine abdominale Erscheinungen; nur zerebrale Erscheinungen (Gehirntyphus?). Es erscheint wahrscheinlich, daß die Schwester Josefine an larviertem Typhus, durch die Diphtherie verdeckt, erkrankt war und die Infektionsquelle abgab.“ — Die Erkundigungen des Bezirksarztes ergaben das Resultat, daß Josefine Gr. als Dienstmagd bei einem Kaufmann im K.-Viertel zur Zeit der Infektion bedienstet gewesen war. Der Dienstherr gab an, daß

er alle Sonntag Schlagsahne aus der Milch bereite, die man aus der R.schen Milchhandlung beziehe. Josefine Gr. habe auch hiervon genossen, außerdem noch die Kinder, von denen jedoch keines bisher erkrankt sei.

Die Erkrankung verlief bei Wilhelmine Gr. letal, ebenso wie bei ihrer Mutter, die beide Töchter gepflegt hatte und ebenfalls an Typhus erkrankt war.

Die systematischen Untersuchungen der Ausscheidungen der Familienmitglieder des Dienstherrn der Wilhelme Gr. ergab wochenlang keinen Befund; dann wurden im Urin des Lehrlings A. Bazillen gefunden. A. hatte ebenfalls Sahne allsonntäglich zu sich genommen; er wurde ins Distriktskrankenhaus überführt und nach 7 Wochen nach Behandlung mit Urotropin bazillenfrei entlassen.

Am 30. November 1915 kam der Kaufmann J., der mit den beiden Studenten W. und Sch. die gleiche Wohnung hatte, wegen Typhus ins Distriktskrankenhaus. Am 19. Dezember 1915 erkrankte die Wäscherin C. W. im Distriktskrankenhaus, die nachweislich die Wäsche von W. und Sch. und J. gewaschen hatte.

Am 1. Februar 1916 meldete Dr. M. Typhusverdacht bei der Hausfrau Ko. Die Ko. ist die Schwiegertochter der Hausfrau der beiden Studenten W. und Sch. und des Kaufmanns J. In ihrer Wohnung verkehrten, wie ich mich persönlich überzeugte, die Enkelkinder auch dann noch, als die Sperre über die Wohnung verhängt war. Die Erkundigung bei der erkrankten Frau Ko. ergab, daß ihr 4 Jahre altes Kind Marie Ko. seit 3 Wochen an Gehirnhautentzündung krank war, starke Diarrhoen und Fieber hatte, sehr unruhig und teilnahmslos war. Der von mir sofort ausgesprochene Verdacht, daß das Kind Typhus habe, wurde später bakteriologisch bestätigt; ebenso war der Befund bei der Mutter positiv.

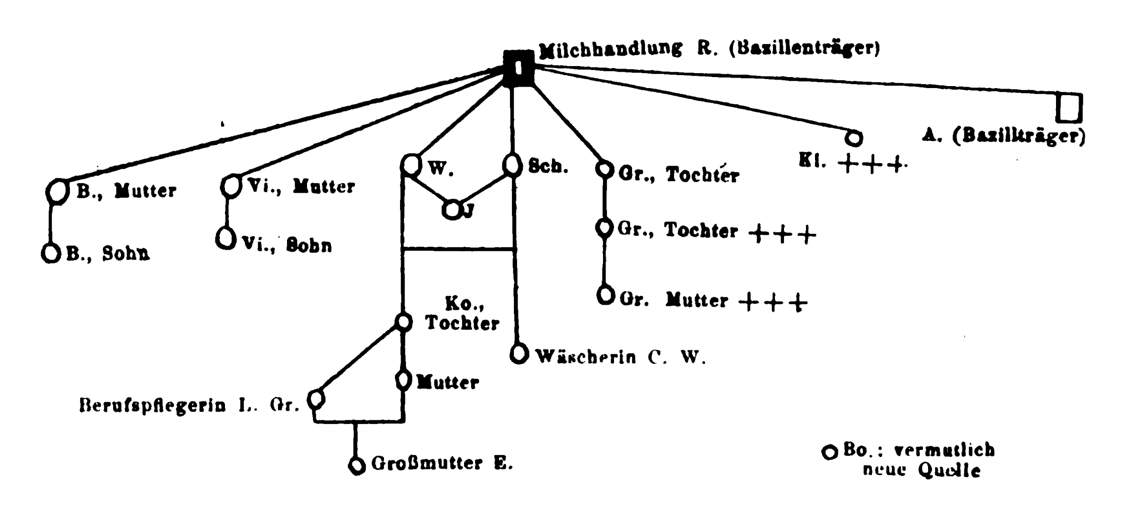
Das an „Gehirnhautentzündung" erkrankte Kind war von der Berufsschwester L. Gr. gepflegt worden, die ahnungslos keinerlei Vorkehrungen gegen die Infektion getroffen hatte und infolgedessen später ebenso an Typhus erkrankte, wie die gleichfalls pflegende Mutter E. der erkrankten Frau Ko.

Trotzdem wöchentlich 2mal Kot und Urin der Angehörigen der Milchlieferungsstelle R. eingeschickt worden waren, war es bisher nicht gelungen, den epidemiologischen Verdacht, daß dort die Infektionsquelle sein müsse, bakteriologisch zu bestätigen, weshalb der Antrag des Bezirksarztes auf Schließung des Milchgeschäftes von der politischen Behörde abgelehnt wurde. Die Entnahme von Blut war verweigert worden. Erst als auf Anraten der bakteriologischen Untersuchungsanstalt München eine tägliche Einsendung stattfand, wurde auch der bakteriologische Nachweis des Verdachts möglich und zwar gleich bei 2 Mitgliedern der Familie R., worauf die Sperrung des Milchgeschäftes erfolgte.

Am 21. Februar 1916 wurde von dem Hausarzt des

städtischen Krankenhauses ein Typhusfall gemeldet. Die Frau Bo. befand sich bereits 4 Wochen im städtischen Krankenhause, ohne daß die Diagnose gestellt werden konnte; erst die Darmblutung klärte das Bild. Ein Zusammenhang mit den übrigen Fällen konnte nicht gefunden werden. Vielmehr wurde angenommen, daß die Frau von ihrem aus der Front auf Erholungsurlaub heimgekehrten Sohn, der längere Zeit an heftigen Verdauungsstörungen gelitten hatte, wahrscheinlich infiziert war.

Genetisch ergibt sich demnach folgendes Bild:



Klinisch war bemerkenswert, daß bei 2 Personen großlappige Abschuppungen in der 5. und 6. Woche auftraten, ähnlich wie es bei Scharlach der Fall ist. Ein Fall, der unter dem ausgesprochenen Bilde des Morbus Werlofii in Beobachtung des Berichterstatters kam, erregte den diagnostischen Zweifel meiner Mitarbeiter lange und schwer; der Verlauf bestätigte aber meine Diagnose. — Zu jener Zeit wurde von dem Arzte des städtischen Krankenhauses ein Leichenschauschein ausgestellt, dem gemäß ein junger, an Skorbut erkrankter Mann an Darmblutungen gestorben war. Ich hege den Verdacht, daß es sich auch bei ihm um larvierten Typhus gehandelt hat.

Für den Verwaltungsarzt ist die Schwierigkeit der Diagnose in der Praxis sehr beachtenswert. Daß der Kurpfuscher Ra. und ein wegen des Ohrleidens zugezogener Ohrspezialist nicht zur Diagnose kamen, darf nicht wundernehmen. Daß aber 3 tüchtige praktische Aerzte, obwohl sie Kenntnis von dem Auftreten von Typhusfällen in Kempten hatten, nicht die Diagnose stellen konnten, darunter einer nicht einmal nach mehrwöchentlicher Beobachtung in einer Krankenanstalt, ist prophylaktisch beachtenswert. Ein Arzt nahm Septikämie nach Diphtherie an, ein anderer Gehirnhautentzündung und der Krankenhausarzt kam überhaupt nicht zur exakten Diagnose. Daraus geht wohl zweifellos hervor, daß die Unterdrückung einer drohenden Typhusepidemie von manchen Zufälligkeiten

abhängig ist. — Später mußten wiederholt Fälle von Typhusdiagnose als anderweitige Krankheit von mir bezeichnet werden.

In den von mir beobachteten Fällen eilte die klinische Diagnose der bakteriologischen stets um Wochen voraus. Gruber-Widal war einmal negativ, in den übrigen Fällen mehr oder minder positiv. Der Bakteriennachweis gelang nie vor der 3. Woche.

Das Gutachten, in dem ich auf die Quelle der Ansteckung, nämlich die R.sche Milchhandlung hinwies, führte die Gründe für diese epidemiologische Annahme auf. Das Auftreten sämtlicher Primärinfektionen im K.-Viertel ließ auf eine Quelle im K.-Viertel schließen.

Der Umstand, daß bei den Infizierten lediglich die Milch gemeinsam war, deutete auf diese als Infektionsträger hin. Die Art und Weise des Milchbetriebes erklärte auch das verlangsamte, verbröckelte Auftreten. Die Frau R. nahm die Milch von Milchbauern am Ende der Stadt in einem geschlossenen Gefäß entgegen und verhausierte sie sofort in den verschiedenen Haushaltungen. Selbst wenn ein Bazillenträger mit ständiger Ausscheidung angenommen wird, könnte es nur zufällig geschehen, daß infolge der Milchverteilung durch die Frau R. Keime in die Milch gerieten; außerdem hatten sie, wenn sie hineingerieten, nicht genügend Zeit, sich dort massenhaft zu entwickeln. Nur an wenigen Tagen nahm die Frau R. den Rest der Milch mit in ihr Geschäft hin und stellte sie dort auf. Dazu kommt die bekannte Erfahrung, daß die Bazillenträger nur periodisch ausscheiden; eine Erfahrung die auch hier wieder gemacht wurde und viele Arbeit bis zum Nachweis verursachte.

In bezug auf die Wirksamkeit der medizinalpolizeilichen Vorkehrungen glaube ich auch in dieser kleinen Epidemie die alte Erfahrung wieder bestätigt zu finden, daß die Abschließung in der Familie in der Regel von wenig Erfolg begleitet ist, und daß zu mindestens eine geschulte Berufskrankenpflegerin die Voraussetzung des Gelingens ist. Dagegen glaube ich hier wiederum der Abschließung der Familien von dem Vekehr nach außen den Hauptanteil an den mit Erfolg begleiteten Maßregeln zuschreiben zu dürfen. Das Betreten der infizierten Wohnung bringt bei der mangelhaften Einsicht der Bevölkerung die größte Gefahr. Um nicht mißverstanden zu werden, füge ich an, daß ich unter Abschließung der Familie nicht die Ausschließung gesunder Familienmitglieder von dem Erwerb verstehe, wenn dieser Erwerb nichts mit Nahrungsmitteln zu tun hat.

Was ich in einem früheren Artikel (s. Nr. 1 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1916) in bezug auf die Gefährlichkeit der Verbindung von Pflegerin und Köchin erwähnte, scheint mir auch hier wieder zuzutreffen. In sämtlichen Familien mit Familienkontaktepidemien, also bei Vi., bei Ko. Mutter und Großmutter, bei Gr., also von 5 Familienepidemien 4mal, war die Mutter Köchin und Pflegerin zugleich.

Gerade solche engumschriebenen Epidemien lassen den Zusammenhang in der Regel klarer erkennen als größere; aus diesem Grunde glaubte ich die Veröffentlichung wagen zu dürfen.

Was wird aus dem weiblichen Lazarett-Pflege-Personal nach dem Kriege?

Von Kreisarzt Dr. Vollmer, z. Z. Reserve-Lazarett-Delegierter der freiwilligen Krankenpflege, Bad Kreuznach.

Im Kreise Kreuznach sind bislang von ca. 150 Helferinnen von dem Roten Kreuze 75 so eifrig gewesen, daß sie das staatliche Examen als Krankenpflegerinnen haben ablegen können; im benachbarten Fürstentum Birkenfeld sind ebenfalls über 60 Helferinnen ausgebildet und nun bald imstande, die staatliche Prüfung, die auch das Kriegsministerium wünscht, zu bestehen; in anderen Bezirken wird die Zahl ähnlich groß sein. Da erhebt sich wie von selbst die Frage: Was wird aus allen diesen weiblichen Pflegekräften nach dem Kriege? Kann nicht jetzt schon etwas geschehen, um sie später nutzbringend und segensreich zu verwenden?

Diese Frage ist mir verschiedentlich gekommen; ich bin ihr deshalb etwas nachgegangen. Es wird eine große Versuchung für die intelligenteren dieser Krankenpflegerinnen sein, später, wenn ihr Vertragsverhältnis mit den Lazaretten durch deren Auflösung zu Ende ist, sich auf Grund ihres Zeugnisses auf eigene Faust hin niederzulassen und nun ihren Beruf ausüben, so gut es geht. Wenn sie mit Hilfe der Aerzte ihr Brot finden, ist dies auch in der Ordnung. Wenn dies aber nicht der Fall sein sollte, so könnte eine Schar von Kurpfuscherinnen erwachsen, die den selbst nicht mit geringen Schwierigkeiten kämpfenden, in ihre so lange verwaiste Praxis zurückkehrenden Aerzten bedrohlich, zum mindesten lästig werden könnte, besonders, da bekanntlich auch das männliche Sanitätspersonal nach dem Kriege zur Ausübung der Heilkunde und zur Kurpfuscherei neigen wird.

In welchen zweckmäßigen Bahnen wird nun der Strom der Krankenpflegerinnen am besten geleitet? Ohne Frage ist die Ausbildung der Hilfsschwestern und Helferinnen vom Roten Kreuz, die die Prüfung als staatlich anerkannte Krankenpflegerinnen bestanden haben, stellenweise eine recht gute gewesen, sowohl wissenschaftlich an der Hand des vom Ministerium des Innern herausgegebenen Lehrbuches für staatliche Krankenpflege (Berlin, Verlag von Hirschwald), als auch praktisch an dem großen Krankenmaterial der vielen Lazarette und Krankenhäuser während des Krieges; — sie ist derart, daß es zweifelsfrei ein direkter Verlust und eine Vergeudung wäre, wenn dieser Schatz von Kenntnissen und Erfahrungen unverwertet bliebe. Er soll aber nicht gegen die Aerzteschaft sich kehren,

bezw. gegen die staatlich geordnete Fürsorge für die Kranken, sondern deren Zwecken und dem Wohle der Allgemeinheit dienen. Ein Teil dieser im Kriege ausgebildeten Pflegerinnen wird wohl nach dem Kriege heiraten; ein Teil in den verschiedenen Krankenpflegerorden und in den Roten Kreuzorganisationen sich betätigen können; ein Teil wird in anderer Privatpflege Verwendung finden; einige werden sich als Massösen ausbilden lassen. Viele werden aber unbeschäftigt bleiben. Was wird aus diesen?

In der Aerztewelt wird immer und immer wieder darüber geklagt, daß der *Hebammenstand* der gebildeteren und gediegeneren Elemente vielfach entbehrt, ernster Menschen, denen die Bedeutung der einzelnen und der vielen Geburten für das Wohl des Vaterlandes klar ist. Ich will hier nicht eine im allgemeinen vielleicht unberechtigte Klage gegen den Hebammenstand erheben; ich kenne viele zuverlässige und auch treue Hebammen in Stadt und Land, aber eine Hebung dieses Standes auf eine höhere Stufe erscheint mir unbedingt erforderlich. — Durch die Not der Zeit sind nun viele Mädchen und junge Frauen, auch aus gebildeten Kreisen, Krankenpflegerinnen geworden, die sonst nicht daran zu denken brauchten; das Material zur Aufbesserung des Hebammenstandes im großen Stile ist also jetzt vorhanden. Auf der breiten Unterlage ihrer in der Kriegskrankenpflege erworbenen Kenntnisse von dem Wesen der Krankheiten und Wunden, von dem Bau und der Einrichtung des menschlichen Körpers würde auch ihre Ausbildung zu Hebammen verhältnismäßig leicht sein; in 6 Monaten würde man eine Dame, die die Prüfung als staatliche Krankenpflegerin bestanden hat, zu einer tüchtigen Hebamme ausbilden können. Man sollte hier zugreifen. Man braucht den Zwang ja nicht so weit auszudehnen, daß man etwa in Zukunft die Annahme als Hebammenschülerin in eine Provinz-Hebammen-Lehranstalt abhängig machte von der bestandenen Prüfung als Krankenpflegerin, aber in größeren Städten wie Düsseldorf, Elberfeld, Köln, Halle würde der Kursus als Hebammenschülerin sich unmittelbar an die Lazarettpflege anschließen lassen nach vorheriger Verständigung der ausbildenden Aerzte, so daß ganz ausgezeichnete Kräfte an die Hebammenlehranstalten abgegeben werden könnten. *Jedenfalls sollte die Regierung gerade jetzt, wo jede gut verlaufende Geburt ein Gewinn für die Nation ist, die Gelegenheit, sich hygienisch einwandfreie und gut vorgebildete Hebammen sichern zu können, nicht vorübergehen lassen.* Es wäre dem Wohle der Mütter, der Kinder, des Staates und der vielen Krankenpflegerinnen in gleicher Weise gedient.

Für die besten so neugewonnenen Hebammen könnten vielleicht auch gehobene Stellen neu beschafft werden. Die Säuglingsfürsorge und die Fürsorge für den möglichst normalen Verlauf einer jeden Geburt wird im Hinblick auf die notwendige

und schnelle Erneuerung des durch den Krieg so gelichteten Volkes ganz besondere Bedeutung gewinnen. Wie viele Kinder sind schon allein infolge des Krieges weniger geboren; in meinem Kreise ist z. B. die Geburtenzahl im Jahre 1915 um 400 geringer gewesen als im Jahre 1914, wo der Krieg erst anfing. Wie viele Mütter und Kinder gehen leider immer noch durch anormale Wochenbetten zugrunde! Die Tätigkeit des Kreisarztes auf diesem Gebiete bleibt naturgemäß vorwiegend die des Statistikers und des die Aufsicht führenden Beamten; eine Frau an seiner Seite, die hier besonders mitarbeiten könnte, mit allen Aerzten und Hebammen in dauernder Fühlung bliebe, könnte nach meiner Meinung nicht nur in dem Sinne einer Führung von genauen Listen nach dem Westerburger System wirken, sondern auch eine öftere Kontrolle über die Hebammen durchsetzen. Sie könnte immer wieder die lässigen auf Reinhaltung ihrer selbst und der Utensilien hinweisen; sie könnte da unter der Aufsicht des Kreisarztes großen Segen stiften, dem zu einer wirksameren Beaufsichtigung der Hebammen, abgesehen von der vorgeschriebenen regelmäßigen Ueberwachung, vielfach die Zeit fehlt. Es wären also derartige gehobene Stellen für Kreishebammen oder wie man sie nennen will, zu schaffen. Auf diese Weise könnte aus den staatlich ausgebildeten Krankenschwestern eine wertvolle Schutztruppe gegen den Geburtenrückgang gewonnen werden.

Es gibt aber noch andere Gebiete, auf denen ihre Tätigkeit sehr nutzbringend verwendet werden könnte. In mancher Gemeinde fehlt z. B. noch eine ausgebildete Gemeindeschwester, die die zuverlässige Stütze für den Landarzt ist. Das flache Land hat jetzt seine volle Bedeutung für die Erhaltung unser Volks- und Wehrkraft bewiesen, um so mehr ist eine größere Fürsorge für die ländliche Bevölkerung angezeigt. Die „Kreiskrankenpflegerin", die „Tuberkuloseschwester", die „Wochenbettpflegerin" ist in vielen Ortschaften, wo sie dringend nötig war, noch ein frommer Wunsch des Kreisarztes geblieben.

Die Säuglingsfürsorge wird ebenfalls einer wissenschaftlich und praktischen Krankenpflegerin ein sehr weites und dankbares Feld der Tätigkeit, besonders in dicht bewohnter Industriegegend geben können. Für alle diese wichtigen Zweige sozialer Hilfe würden wir somit das brauchbarste Personal aus den zahlreichen Kriegspflegerinnen herleiten können.

Auf diese Weise würde den deutschen Frauen und Mädchen, die in edler patriotischer Begeisterung sich am Anfange des Krieges zur Verfügung gestellt haben, und da der Krieg eine ganz andere Dauer angenommen hat, in der Krankenpflege gründlich ausgebildet und in den Geist der modernen Medizin weiter eingeführt sind, wie dies bei nur kurzer Dauer des Krieges möglich gewesen wäre, aus ihren erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen ein befriedigender Lebensberuf erwachsen können. Die Pflegetätigkeit, die sich besonders für die Frau

eignet und die vielen während des Krieges lieb geworden ist, könnten sie dann auch nach dem Frieden weiter ausüben und an ihrem Teile dann mithelfen an dem Wiederaufbau der deutschen Volksgesundheit. — Die Armee der Kaiserin, wie man die Kriegspflegerinnen mit Recht genannt hat, wird dann auch nach dem Kriege ihre Bedeutung behalten.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die in Berlin am 13. und 14. Juni abgehaltene Konferenz für Trinkerfürsorge.

Die Konferenz, die im Landeshause der Provinz Brandenburg stattfand, war außerordentlich stark besucht; aus allen Teilen Deutschlands waren zahlreiche Vertreter der Staats-, Kirchen- und Gemeindebehörden, Versicherungsanstalten, Krankenkassen, Trinkerfürsorgestellen, Trinkerheilanstalten, Wohlfahrtsvereinen usw. erschienen. Der Vorsitzende, Senatspräsident D. Dr. von Strauß und Tourney gab in seiner Eröffnungs- und Begrüßungsansprache einen kurzen Ueberblick über die bisherige Tätigkeit der Zentralstelle für Trinkerfürsorge. In mehr als 200 deutschen Städten seien Trinkerfürsorgestellen errichtet und von diesen eine zum Teil umfangreiche und erfolgreiche Arbeit geleistet. Der Krieg habe neue Arbeiten nötig gemacht und nach dem Kriege werden sich weitere neue Aufgaben herausstellen. Der Wirkungskreis der schon bestehenden Trinkerfürsorgestellen müsse erweitert und durch Gründung von weiteren Stellen allmählig ein Netz über ganz Deutschland gezogen werden. Diese Erfolge der Trinkerfürsorge seien besonders durch das Zusammenwirken mit den Behörden, Versicherungsträgern und sozialen Arbeitsgemeinschaften erreicht worden; auch die diesjährige Konferenz gebe in ihrer Zusammensetzung ein Bild dieses Zusammenwirkens, das für die weitere Entwicklung und Ausgestaltung der Arbeit die schönsten Aussichten eröffne.

Es wurde hierauf in die Tagesordnung eingetreten.

1. Erfahrungen aus der Praxis mit dem § 120 der Reichsversicherungsordnung, insbesondere im Hinblick auf die gleiche Fürsorge für alkoholkranke Kriegsteilnehmer. Der Berichterstatter, Landesrat Dr. **Schellmann** - Düsseldorf, besprach zunächst kurz den Inhalt des betreffenden Paragraphen, der bekanntlich sein Dasein den Bemühungen des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke verdankt und an Stelle von Barleistungen die Gewährung von Sachleistungen an Trunksüchtige zuläßt. Er zeigte dann an dem Ergebnis einer von ihm veranstalteten Rundfrage bei den Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen, daß die Zahl der Anwendungsfälle des Paragraphen im Verhältnis zu den großen Zahlen der nach der R. V. O. bewilligten Invaliden-, Alters- und Unfallrenten sowie der Bezüge von Krankengeld verhältnismäßig noch gering ist. Dies sei allerdings zum Teil auf die Kürze der Zeit zurückzuführen. Leider hätten aber auch die Trinkerfürsorgestellen bisher zu wenig Anträge bei den Versicherungsträgern gestellt; desgleichen seien die Armenverwaltungen in Verkennung der Wichtigkeit der Frage wenig geneigt, diesen Weg zu beschreiten, und die Versicherungsämter zu nachgiebig gegen die ausweichenden Wünsche der Trunksüchtigen. Geklagt werde ferner über die Weitschweifigkeit des vorgeschriebenen Verfahrens, wodurch häufig die ganze Maßnahme zwecklos gemacht werde. Einstimmig werde dagegen die Befugnis zu Sachleistungen an Trunksüchtige statt Barleistungen günstig beurteilt. Vielfach werde die Sachleistung durch Vermittlung der Trinkerfürsorgestelle ausgezahlt, eine für den Trinker, seine Familie und das Volkswohl segensvolle Maßnahme, die jedoch die volle Hingabe des Fürsorgers erfordere. Da mit Sicherheit mit einer ganzen Reihe von Trunksüchtigen unter den Kriegsteilnehmern gerechnet werden müsse, sei dafür zu sorgen, daß für diese die gleichen Bestimmungen wie im § 120 der R. V. O. und im § 45 des Privatangestellten-Versicherungsgesetzes in das Mannschaftsversorgungsgesetz aufgenommen werden. Im Anschluß an

die vorjährige Konferenz habe sich der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke zu diesem Zwecke sowohl an den Reichskanzler als an den Reichsausschuß für Kriegsbeschädigte gewandt und von beiden zustimmende Aeußerungen erhalten. Jedenfalls habe sich im ganzen Deutschen Reiche mehr oder weniger die Ueberzeugung Bahn gebrochen, daß auf diesem Wege zum Vorteil der Kriegsbeschädigten vorgegangen werden müsse.

2. **Einwirkung der Kriegszeit auf die Trinkerfürsorge.** Berichterstatter: Pfarrer **Störmer**-Lüdenscheid: Durch den Krieg ist die Trinkerfürsorge immer stärker in das Licht sozialpolitischen und nationalen Denkens gerückt und zu einem besonders wichtigen Teil der großen Volksfürsorge gemacht; sie darf deshalb nicht bloß Sache der christlichen Nächstenliebe sein, sondern muß auch als eine unabweisliche Staatsangelegenheit erkannt werden. Das Kriegsleben mit seiner straffen militärischen Disziplin hat auf die einberufenen Trinker sehr verschieden eingewirkt; viele mußten als unbrauchbar bald wieder entlassen werden, nicht wenige haben aber auch durch die Anforderungen des Krieges ihre Willenskraft wiedergefunden. Im Felde spielt jedoch der Alkoholgenuß im großen und ganzen eine verhältnismäßig geringe Rolle; weit ungünstiger hat dagegen in dieser Hinsicht der Krieg in der Heimat gewirkt infolge Abwesenheit der Männer und Erzieher, des reichlichen Geldverdienstes, namentlich der männlichen und weiblichen Jugend usw. und zwar besonders in den Industriebezirken. Infolge des großen Geldverdienstes und der größeren Selbstständigkeit erliegen auch viele Frauen den Alkoholversuchungen. Die seitens der Behörden und der Militärverwaltungen gegen den übermäßigen Alkoholgenuß ergriffenen Maßnahmen haben viel Gutes gewirkt. Man hat weit mehr als früher einsehen gelernt, daß es auch ohne Alkohol, und zwar viel besser geht; demzufolge hat sich der Schnapsverbrauch erheblich verringert. Redner wünscht deshalb für die Zeit des Uebergangs in den Friedenszustand: Völliges Branntweinverbot, Beibehaltung der für die Jugend erlassenen Bestimmungen, Einführung bezw. Beibehaltung einer frühen Polizeistunde und andere zweckmäßige Maßnahmen.

3. **Erfahrungen mit der vorläufigen Berufsvormundschaft in der Trinkerfürsorge.** Der Berichterstatter, Dr. **Polligkeit**-Frankfurt a. M., stützt seine Ausführungen namentlich auf das statistische Material der Frankfurter „Trinkerhilfe" seit 1909. Nach den hier gemachten Erfahrungen hat sich von den Mitteln zur Heilung oder Unschädlichmachung von Gewohnheitstrinkern die Berufsvormundschaft einen festen Platz gesichert; ebenso habe sich die Bestellung eines vorläufigen Vormundes in Verbindung mit der Aussetzung des Entmündigungsverfahrens bewährt, jedoch nur in solchen Fällen, in denen nicht schwerere, geistige Erkrankung Ursache oder Folge der Trunksucht ist. Für diese Fälle bietet nach erfolgter Entmündigung die Berufsvormundschaft die Handhabe zu einer Schutzaufsicht oder zur Unschädlichmachung des Trinkers durch Unterbringung in einer Anstalt. Die geisteskranken Trinker bedürfen einer Sonderbehandlung, für die im freien Leben wie in der Anstaltspflege noch neue Formen gesucht werden müssen.

4. **Normalfragebogen.** Direktor Dr. **Hartwig**-Lübeck berichtet über die Erfahrungen die mit einem vielfach schon in Gebrauch befindlichen Normalfragebogen für Trinkerfürsorgestellen gemacht sind; er schlägt verschiedene Abänderungen zu diesem Fragebogen und seiner Verwendung vor.

5. **Ueber die zwangsweise Unterbringung arbeitsscheuer Gewohnheitstrinker in Westfalen während des Krieges** berichtet Landesrat **Kraß**-Münster i.W.: Das sog. Arbeitsscheuengesetz vom 23. Juli 1912 hat uns die Möglichkeit der Unterbringung arbeitsscheuer Leute unter Anwendung des Arbeitszwanges gebracht; seine Bestimmungen reichen aber nicht aus, um alle Landstreicher zu fassen. Deshalb ist in Westfalen im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Generalkommando des VII. Armeekorps im Jahre 1915 die Anordnung getroffen, daß alle auf der Landstraße, in Herbergen, Asylen oder sonstigen Unterkunftsräumen betroffenen offenkundig arbeitsscheuen Personen in polizeiliche Sicherheitshaft zu nehmen sind. Dasselbe gilt betreffs der in den Städten befindlichen Arbeitsscheuen. Infolge dieser Anordnung sind über 200 arbeitsscheue Landstreicher und Stadtbummler der provinzialständischen Arbeitskolonne zugeführt, wo sie nicht nur nutzbringende Arbeit leisten,

sondern auch an eine solche wieder gewöhnt werden. Die als Kriegsmaßnahme getroffene Anordnung hat sich vorzüglich bewährt und bildet namentlich ein außerordentlich wirksames und wertvolles Mittel auf dem Gebiete der Trinkerfürsorge. Es ist deshalb nur zu wünschen, daß sie auch nach dem Kriege in irgendeiner Form dauernd beibehalten wird.

6. Welche alkoholgegnerischen Maßnahmen der Behörden in der Kriegszeit haben sich bewährt, und in welchem Umfange lassen sich diese in die Zeit nach dem Kriege übertragen? Nach Ansicht des Berichterstatters, Prof. Dr. Trommershausen-Marburg, haben sich von den seitens der Behörden während des Krieges getroffenen alkoholgegnerischen Maßnahmen das Alkoholverbot bei der Mobilmachung und die Beschränkung des Wirtshausbesuches für Militärpersonen unbedingt bewährt und sind deshalb auch nach dem Kriege beizubehalten. Ebenso ist die Ausdehnung des Alkoholverbots in den Bahnhofswirtschaften auch auf die Zivilbevölkerung für die Kriegszeit zu erstreben und die Beseitigung der Animierkneipen auch für die Zeit nach dem Kriege streng durchzuführen. Für die weibliche Bedienung in Wirtschaften sind einheitliche Vorschriften zu erlassen und unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse allgemein und streng durchzuführen. Personen, die in betrunkenem oder angetrunkenem Zustand an öffentlichen Orten Aergernis erregen, sollten in Polizeihaft genommen, Trunkenbolde unter Schutzaufsicht gestellt und Trunksüchtige in eine Trinkerheilanstalt gebracht werden. Trunkenheit sollte auch bei Zivilpersonen, die sich strafbar gemacht haben, nicht als Milderungsgrund gelten. Das Verbot des Alkoholausschanks an Militärpersonen und Militärpflichtige an Tagen der Aushebung, Musterung, Kontrollversammlungen usw. ist ebenso beizubehalten, wie das Verbot des Alkoholausschanks, des Wirtshausbesuchs und des Rauchens für Jugendliche; desgleichen ist der Alkoholausschank bei öffentlichen Volksfesten, Tanzlustbarkeiten usw. einzuschränken. Weiterhin empfiehlt sich eine planmäßig durchgeführte Belehrung der Jugend und der Mannschaften in Heer und Marine über die Alkoholgefahren, die durch die Errichtung möglichst alkoholfreier Soldatenheime, durch die Darbietung billiger Ersatzgetränke usw. zu fördern ist. Anderseits ist die Herstellung von alkoholischen Süßwaren, zum mindestens ihre Verabreichung an Jugendliche, sowie der Verkauf von Alkoholika durch Automaten auch in der Friedenszeit zu verbieten. Die während des Krieges durchgeführten Beschränkungen der Branntweinerzeugung und damit auch des Branntweingenusses sind im Interesse der Volksgesundheit und Volkswohlfahrt auch nach dem Kriege in geeigneter Form beizubehalten; der Reichsbranntweinstelle und ihrem Beirat sollten deshalb auch Mitglieder angehören, die an der Erzeugung, dem Handel und Verbrauch des Branntweins selbst nicht finanziell beteiligt sind und sich nur von der Rücksicht auf das Allgemeinwohl leiten lassen. Auch eine erhebliche Einschränkung bezüglich des Bieres ist für die Zeit nach dem Kriege dringend notwendig und wünschenswert; als wirksame Maßnahmen hierfür empfiehlt Vortragender: Erhöhung der Brausteuer, Beschränkung der Zahl der Schankstätten und des Bierausschanks (frühe Polizeistunde), Konzessionspflicht des Flaschenbierhandels, Verbot des Flaschenbierverkaufs in Kolonialwarenhandlungen, Milchgeschäften usw. Zum Schluß betont er das Bedürfnis und die Notwendigkeit einer Umgestaltung der gesamten Alkoholgesetzgebung, die auf reichsgesetzlichem Wege vorzunehmen sei.

Für die Teilnehmer der Konferenz hatte der Berliner Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus an beiden Sitzungstagen **Vortragsabende** veranstaltet. Von den hier gehaltenen Vorträgen interessiert besonders der des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Tuczeck-Marburg a. L. über **„Erhaltung und Mehrung unserer Volkskraft“.** Zur Erhaltung unserer Volks- und Wehrkraft bedürfen wir dauernd viele gesunde Menschen mit vielen gesunden Kindern. Die Volksernährung hat sich dem Kriege soweit als möglich angepaßt, auch für zweckmäßigen Mutter- und Säuglingsschutz ist Fürsorge getroffen. Dasselbe gilt betreffs der Jugendwehr, die eine gleichmäßige Ausbildung aller Anlagen sichert; dagegen bedürfen das Fortbildungswesen und die Tätigkeit der Schulärzte noch eines weiteren Ausbaus. Auch für Volksnervenheilstätten, Heilerziehungsanstalten und Fürsorge für jugendliche Schwachsinnige sollte

noch mehr als bisher geschehen, ebenso wie für die Vorbeugung und Bekämpfung der Volksseuchen, insbesondere der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten, deren Bekämpfung jetzt nach einem einheitlichen und erfolgversprechenden Feldzugsplan durchgeführt werden soll. Nicht minder wichtig und bedeutungsvoll ist die Bekämpfung des Alkoholmißbrauches; Vermeidung des regelmäßigen täglichen Alkoholgenusses, insbesondere Vermeidung geistiger Getränke bei der Arbeit sowie alkoholfreie Jugenderziehung müsse gefordert werden. Redner betont zum Schluß, daß die Ursachen des Geburtenrückgangs teils psychologischer, teils wirtschaftlicher Natur sind. Zu seiner Bekämpfung sind daher, soweit wirtschaftliche Ursachen in Frage kommen, auch soziale Maßnahmen, insbesondere eine großzügige Wohnungsreform erforderlich.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber Schußverletzungen von Eingeweiden. Von Prof. Dr. C. Ipsen. Wissenschaftliche Aerztegesellschaft in Innsbruck. Sitzung vom 11. Februar 1916. Wiener klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 26.

Herz- und Lungenschüsse können gelegentlich schlitz- und rinnenförmige Durchtrennungen erzeugen und Schnitt- und Stichwunden vortäuschen, andere Male infolge der Bewegungen der Organe umfängliche Zerstörungen mit weit greifender Gewebszerreißung bedingen. Streifschüsse der Aorta und der Pulmonalis erzeugen öfters eng aneinander gedrängte oberflächliche Risse, selbst bei völliger Unversehrtheit der äußeren Schichten der Gefäßwandung. Bei Schußverletzungen der Carotis und der Subclavia kann durch Ueberdehnung der Gefäßwand infolge der Wirkung der Blutwelle von innen unter gleichzeitigem Anspannen der Gefäßwandung durch das Geschoß eine quere Gefäßdurchtrennung erzeugt werden, als ob ein scharfschneidendes Werkzeug das Gefäßrohr durchtrennt hätte.

Am Magen und Darm kann die große Zahl schlitzförmiger Durchtrennungen der Wandung auf engem Raume zu irrtümlicher Deutung der Zahl der etwa in Betracht kommenden Geschosse Anlaß geben. Es handelt sich hier um Geschoßwirkung bei Längsfaltung des Darmrohrs im erschlafften oder halbleeren Zustande des Organs.

Für die Gestalt und das Aussehen der Schußverletzungen der Leber ist der Spannungszustand des Gewebes mit verantwortlich.

Von den Selbstbeschädigungen, die Ipsen besprach, ist der Fall eines 23jährigen Mädchens besonders erwähnenswert, das im Herbste 1914 in Nachahmung der Verletzungsweise, der die Herzogin von Hohenberg am 28. Juni 1914 in Serajevo erlag, mit einer Flobertpistole von 5,5 mm Geschoßquerschnitt sich einen Schuß in der rechten seitlichen Unterleibsgegend oberhalb des Hüftbeinkamms beibrachte und infolge Verblutung aus einem Durchschuß der unteren Hohlvene in einer Viertelstunde starb.

Der Vortrag enthält auch über die Schußverletzungen des Gehirns, und über die Handlungsfähigkeit von Schwerverletzten sehr interessante Angaben.

Dr. Mayer-Simmern.

B. Gerichtliche Psychiatrie

Der Krieg und die Reservekräfte des Nervensystems. Von Prof. Dr. A. Pick-Prag. Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle a. Saale 1916. Verlag von C. Marhold. XI. Bd., 5. H. 8°; 27 S. Preis: 1 M.

Die Frage der Reserven des Nervenstystems hat jetzt durch den Krieg wieder größere Bedeutung erhalten; Verfasser hat sich deshalb in der vorstehenden Abhandlung die Aufgabe gestellt, die tieferen Grundlagen dieser Frage zu prüfen und insbesondere nachzuforschen, ob auch hinsichtlich der Einzelfrage, woher die ungeahnten und verborgenen Kräfte stammen und wie sie zur Wirkung kommen, die Fortschritte der normalen und pathologischen Physiologie und Psychologie eine ebenso befriedigende Deutung wie für manche andere Fragen an der Hand zu geben vermögen. Daß der Affekt zu weit über

das Maß des Normalen hinausgehenden Leistungen befähigt, ist eine ebenso altbekannte Tatsache wie diejenige, daß namentlich die im Kriege fördernden Affekte eine derartige Wirkung hervorrufen. Mit Recht ist schon früher darauf hingewiesen, daß für die Erzeugung des Mutes alles darauf ankommt, daß der Organismus eine größere Kraftmenge (Arbeitsvorrat) aufbringt, als für seine unmittelbaren Bedürfnisse erforderlich ist; der Mut kann somit als Ausdruck von organischen Reservekräften gelten. Bei ihrer Aktivierung spielt auch der bei großen Affekten eintretende Fortfall der in normalen Verhältnissen tätigen Hemmungen eine bedeutsame Rolle. Psychische wie körperliche Momente sind in gleicher Weise bei der gesteigerten Arbeit der Organe wirksam. Ein kräftiges Nervensystem mit entsprechend geübten Organen hat jedenfalls im gegebenen Momente mehr Reserven zur Verfügung als ein von Haus aus schwächlich veranlagtes, wenn sich auch nicht leugnen läßt, daß auch aus einem defekten Nervensystem infolge der Labilität seiner Leistungsfähigkeit und der Mangelhaftigkeit seiner Hemmungen gelegentlich, ja selbst für die Dauer größere Reserven hervorgeholt werden können. Von weittragender Bedeutung für die ganze Frage ist die von den allerverschiedensten Ursachen abhängige Reizempfindlichkeit der Nervenzellen. Ein robustes Nervensystem reagiert weniger und schwächer auf feinere Reize, als ein schwächlicheres und deshalb empfindlicheres. Alles, was die Konstitution erhält und hebt, wird mittelbar auch die Reservekräfte des Nervensystems günstig beeinflussen. Rhythmische Arbeit in mäßigem Tempo steigert den Affekt ohne wesentliche Zunahme der Anstrengung (z. B. tonisierende Wirkung des musikalischen Rhythmus). Auch das Bewußtsein der gemeinschaftlichen Arbeit ist eine Quelle der psycho-physischen Kraftsteigerung; hierauf beruht der Kollektivmut, ebenso wie die Kollektivbegeisterung durch den dem Einzelnen aus der allgemeinen Begeisterung zuströmenden Zufluß an Nervenenergie und Zuwachs an Nervenspannkraft hervorgerufen wird. Intensive Affekte (Furcht, Wut, Schmerz) sind nach Cannon von einer verstärkten Adrenalinzufuhr ins Blut und dem Freiwerden des in der Leber aufgespeicherten Glykogens begleitet. Zucker und Zufuhr von Adrenalin erhöhen deshalb die Muskelleistung, während Entfernung der Nebennieren und damit Aufhören der Adrenalinzufuhr eine hochgradig schwächende Wirkung haben. Erhöhtes Lebensgefühl, gehobener Gefühlston haben einen günstigen Einfluß auf das vegetative Leben des Organismus und bewirken ebenso wie sonstige Affekte und Reize ein Freimachen der Reservekräfte des Nervensystems, eine Steigerung der Willenskraft, Leistungsfähigkeit und des Mutes; Unglück, Mißerfolge, Panik usw. rufen die gegenseitigen Wirkungen hervor. Rpd.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Ein Fall von Meningitis typhosa. Von Assist. Dr. G. Umeck. Aus dem Magdalenenspital in Triest (Dir.: Dr. Marcovich). Medizinische Klinik; 1916, Nr. 13.

Verfasser beschreibt die Krankheit eines dreijährigen Knaben, die unter dem Bilde einer Basilarmeningitis verlief. Die richtige Diagnose konnte intra vitam nur gestellt werden durch die serologisch-bakteriologische Untersuchung des Blutserums und der Lumbalflüssigkeit. Das Serum ergab Agglutination mit Typhusbazillen; in der eitrigen Lumbalflüssigkeit fanden sich Typhusbazillen in Reinkultur. Die Autopsie zeigte: Eitrige Meningitis, leicht vergrößerte Milz, Infiltration der Peyerschen Plaques und der Follikel ohne Bildung von Typhusgeschwüren und starke Infiltration der Mesenterialdrüsen. Dieser Fall unterscheidet sich von anderen Fällen eitriger typhöser Meningitis insofern, als der klinische Symptomenkomplex tatsächlich der einer basilaren Meningitis war, ein äußerst seltenes Bild. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Pathologische Reaktionen bei Typhusgeimpften. Von R. Koch, Sekundärarzt Aus der medizinischen Poliklinik der Universität Frankfurt a. M. (Dir.: Prof. Dr. Strasburger [im Felde]). Mediz. Klinik; 1916, Nr. 14.

Es gelangten 2 Fälle pathologischer Reaktionen nach Typhus-Vakzination zur Beobachtung. Der erste Fall betraf einen Arzt, der 1909 eine Diphtherie

mit postdiphtherischer Gaumensegel- und Akkomodationslähmung, ferner — Herzstörung durchgemacht hatte; 1916 bestanden die Erscheinungen einer Herzneurose. Die ersten zwei Typhus- und zwei Choleraschutzimpfungen verliefen ohne besondere Erscheinungen. Die dritte Typhusimpfung löste schwere Symptome aus: Heftige Glieder und Kopfschmerzen, Schweißausbrüche, Temperaturerhöhungen etc.; eine Bluntersuchung ergab das Fehlen aller Leukozyten. Nach 2 Tagen trat Besserung ein, die Leukozytenzahl war wieder normal. Im Gegensatz zu den voraufgegangenen Impfungen zeigte sich diesmal keine Reaktion an der Einstichstelle. Der zweite Fall betraf einen Heizer mit neurotischer Konstitution, der vor vier Jahren eine Blinddarmoperation durchgemacht hatte und an einer kleinen epigastrischen Hernie litt. Die erste Typhusimpfung vertrug er gut; kurz nach der zweiten stellten sich Erbrechen (6 in einer Stunde) und Durchfälle (7 in einer Stunde) ein, ferner gab er unangenehmes Empfinden von Gefühllosigkeit in allen Gliedern an. Körpertemperatur: 39,5 °. Trotz des ev. Bestehens organischer Veränderungen im Abdomen infolge der Hernie oder der Blinddarmoperation dürften die nach der Impfung aufgetretenen Symptome kaum zufällig gewesen sein. Bei den beiden Patienten scheint es sich um Ueberempfindlichkeit zu handeln. Die pathologischen Typhusimpfungs-Reaktionen sind in 2 Gruppen zu trennen: 1. Die wahrscheinlich nicht spezifische Ueberempfindlichkeitsreaktion, 2. die spezifische Infektionsreaktion.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

2. Ruhr.

Die Ruhr der Kinder in Russisch-Polen. Von k. k. Assist.-Arzt Dr. Emil Flusser, Abschnitts-Chefarzt, vorher Sekundärarzt der Prager Findelanstalt, Abt. Prof. Alois Epstein. (Aus dem Marodenhause des Abschnittes 8 der k. und k. Befestigungs-Baudirektion Iwangorod.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 13.

Im ganzen kamen 28 Ruhrfälle zur Beobachtung, davon nicht weniger als 21 bei Kindern in den ersten 6 Lebensjahren. Die Vorliebe der Ruhr für das Kindesalter ist entweder darin begründet, daß der Darm des Kindes der Infektion durch Ruhrbazillen besonders zugänglich ist, oder die Ruhr verhält sich in Russisch-Polen wie bei uns die Masern. Die Mütter haben vielfach auch die Ansicht, daß jedes Kind die Ruhr durchmachen muß (daher absolut keine Isolierung), um später davon verschont zu bleiben (Immunität!), und daß die Ruhr in der Jugend leichter verläuft als im späten Alter, was nach den gemachten Beobachtungen richtig zu sein scheint. Bemerkenswert aus dem Verlauf dieser Fälle ist, daß öfter ein ausgesprochenes Prodromalstadium voranging mit Erscheinungen seitens des Verdauungstraktus oder des Gehirns. Das Stadium der blutigen Stühle war dem bei Erwachsenen gleich, aber meist von kurzer Dauer und milder. Oft boten die Durchfälle das Aussehen des typhösen Erbsensuppenstuhles, der dann durch eine olivgrüne Farbe ausgezeichnet war. Mit dem Aufhören der blutigen Stühle beginnt bei Säuglingen und kleinen Kindern ein Stadium der postdysenterischen Ernährungsstörungen mit dem Symptomen des Magendarmkatarrhs, die zu einem der Dekomposition gleichenden Zustand führen können. In einem Falle schloß sich an die Ruhr eine Nephritis an, die zu Tode führte; es scheint die Anschauung berechtigt, daß die Kriegsnephritis oft eine Folgekrankheit einer schweren Darmerkrankung ist. Die Ruhrbehandlung war diätetisch und medikamentös (Opium). Besonders bemerkenswert ist die Indolenz der fast durchweg analphabetischen Bevölkerung. Für die ärztliche Tätigkeit besteht nicht das mindeste Verständnis; im allgemeinen behandeln Kurpfuscher nach mittelalterlichen Methoden. Von einer öffentlichen Gesundheitspflege ist nirgends eine Spur vorhanden; in dem ganzen Abschnitt gab es kein Haus, das auch nur die primitivste Abortanlage aufzuweisen gehabt hätte.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

3. Diphtherie.

Die Gramfestigkeit der Diphtheriebazillen und der Pseudodiphtheriebazillen als differentialdiagnostisches Merkmal. (Aus dem städtischen

Untersuchungsamt Charlottenburg.) Von H. Langer und H. Krüger. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 24.

Die Gramfestigkeit der Pseudodiphtheriebazillen ist wesentlich stärker als die der Diphtheriebazillen. Pseudodiphtheriebazillen setzen der Entfärbung durch Alkohol einen außerordentlich (bis zu 2 Stunden) großen Widerstand entgegen, während Diphtheriebazillen bereits nach 10 Minuten durch Alkohol entfärbt werden. Hierin liegt ein spezifisches Unterscheidungsmerkmal. Es gilt für jedes Wachstumsstadium der Bazillenkulturen, bedeutet daher eine Erweiterung der färberischen Differenzierungsmöglichkeit. Folgende Färbezeiten werden empfohlen: Anilinwasser-Gentianaviolett 2 Minuten, Lugolsche Lösung 5 Minuten, absoluter Alkohol 15 Minuten, verdünntes Fuchsin 1 Sekunde. Dr. Roepke-Melsungen.

Beitrag zur Behandlung der Diphtherie. Von Dr. F. Berg, Assistenzarzt. (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses der Stadt Berlin-Lichtenberg. Dir.: Prof. Dr. F. Blumenthal.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 12.

Die Bindung zwischen Toxin und einer gleichgroßen Menge Antitoxin dauert 24 Stunden; daher muß das Antitoxin auch möglichst lange im Blute kreisen. Um dieses zu erreichen, ist die gleichzeitige kombinierte Anwendung der intravenösen und intramuskulären Seruminjektion zu empfehlen; erstere gewährleistet eine schnelle, letztere eine nachhaltige Wirkung. Diese Methode hat den Vorteil, daß Tracheotomieen jedenfalls selten — in 200 so behandelten Fällen keine — notwendig werden. Ebenso hat Jochmann bei 5000 kombiniert behandelten Fällen kein Weiterschreiten des diphtherischen Prozesses gesehen. Natürlich muß dabei das Herz unter Kontrolle gehalten werden, was ev. nur bei Krankenhausbehandlung möglich ist. Verfasser gab je 3000 I.-E. bei leichten, bis zu je 10000 I.-E. bei schweren toxischen Fällen intravenös und muskulär. Um Kollaps zu vermeiden, wurde mit dem Serum gleichzeitig als Stimulans Disotrin intravenös verabreicht. Es ist zu unterscheiden zwischen einer frühzeitigen und späten Herzlähmung. Die Patienten erhielten 3 Tage lang 3 × täglich soviel Tropfen Digalen per os als die Kinder Jahre zählten, die Erwachsenen 3 × 15 Tropfen täglich, bei bedrohlichen Herzerscheinungen Digalen und Koffein subkutan, ferner bei Blutdrucksenkung Suprarenin Hoechst. Seitdem ist kein Kind an frühzeitigem Herztod gestorben. Lokal wurde der diphtherische Prozeß mit guter Wirkung mit Seruminhalationen (1000 I.-E. auf 20 ccm steril. physiol. Na Cl-Lösung) behandelt; Kinder inhalierten diese Lösung 10, Erwachsene 15 Minuten. Mit der Tracheotomie darf nicht zu lange gewartet werden. Unter 207 Diphtheriefällen (Beobachtung 3—5 Wochen) traten nur 2 postdiphtherische Lähmungen auf. Selbst wenn nach der Entlassung noch der eine oder andere Fall vorgekommen sein mag, ist die Zahl der Lähmungen klein. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Larosan und Säuglingsfürsorgestellen. Von Stadtarzt Dr. Oschmann-Weißenfels. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 5.

Die Domäne des Larosans ist jede Form der Ernährungsstörung, die mit Durchfällen einhergeht und eignet sich daher zur Verwendung in vielen Fällen, wo die Säuglingsfürsorgestellen therapeutisch eingreifen müssen.
Dr. Wolf-Hanau.

Säuglings- und Kleinkinderpflege im Unterricht der weiblichen Jugend. Von Dr. Liefmann-Freiburg i. B. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 5.

1. Jedes heranwachsende deutsche Mädchen sollte Unterricht in Säuglings- und Kinderpflege empfangen. Dieser Unterricht könnte, verbunden mit einem hauswirtschaftlichen Lehrgang, als Fortbildungsschule für alle schulentlassenen Volksschülerinnen, als Frauenschule für die Absolventinnen der höheren Mädchenschule (Studienanstalt) obligatorisch gemacht werden.

2. Der Unterricht soll sich in theoretischer Belehrung und praktische Arbeit gliedern. Die praktischen Uebungen hätten sich über den ganzen Tag

zu erstrecken und wären in den Schulen anzugliedernden Krippen und Kindergärten abzuhalten. Krankenanstalten sind nicht als Unterrichtsanstalten zu verwenden.

3. Als Lehrer kommen für diesen Unterricht in Betracht: ein in der Pädiatrie ausgebildeter und erfahrener Arzt (Aerztin), der möglichst zugleich auch Schularzt sein sollte und Krippe und Kindergarten ärztlich überwacht, eine ausgebildete Säuglingspflegerin und eine Kindergärtnerin. Eine Besetzung des Lehrkörpers durch Frauen erscheint wünschenswert.

4. Ziel des Unterrichts ist keine Berufsausbildung in Säuglings- und Kinderpflege, sondern nur solche Tatsachen und solche Fertigkeiten zu vermitteln, die jedes deutsche, in die Ehe tretende Mädchen als festen Bestand ihres Wissens und Könnens mitbringen soll. Dr. Wolf-Hanau.

Anträge für das Einschreiten des Staats und des Reichs auf dem Gebiet der Säuglings- und Mutterfürsorge. Von Dr. von Behr-Pinnow. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 5.

Der Verfasser verlangt den Erlaß eines Kreisfürsorgegesetzes mit dem Kreisfürsorgeamt unter einer Kreisfürsorgekommission und gibt genaue Richtlinien für die Tätigkeit dieses Amtes. Um einem solchen Kreisfürsorgeamt jedoch die nötige Kraft und Wirkung zu verleihen, sind noch einige weitere Gesetze zu fordern und zwar für Preußen ein Gesetz betr. die Einführung der Generalvormundschaft und ein Gesetz betr. die Haltekinder; außerdem muß die in Stadt und Land schleunigst allgemein einzuführende pflichtmäßige Fortbildungsschule vollenden und erweitern, was in der Volksschule begonnen ist. Selbstverständlich ist der Unterricht in Haushaltkunde und Kinderpflege auch in den höheren Mädchenschulen und Lyzeen aufzunehmen. Des Unterrichts bedürfen auch diejenigen, die des Kindes Mutter in gesunden und kranken Tagen vertreten müssen, die Kinderpflegerinnen, für Familie und Anstalt. Hier muß natürlich eine längere Fachausbildung einsetzen. — Für das ganze Reich sind zu fordern: Neuregelung der Bestimmungen über die vom außerehelichen Erzeuger zu leistenden Unterhaltungsbeiträge; Reichsammengesetz und Erweiterung der in Frage kommenden sozialpolitischen Gesetze in bezug auf Wochengeld und Stillgeld, eventuell in Verbindung mit einer allgemeinen Mutterschaftsversicherung. Dr. Wolf-Hanau.

Grundzüge einer Neuregelung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge im Königreiche Sachsen.

Zur Regelung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge im Königreiche Sachsen ist vom Königl. Ministerium des Innern eine Denkschrift ausgearbeitet worden, die als Grundlage für die Beratungen in der diesjährigen außerordentlichen Sitzung der I. Abteilung des Landes-Gesundheitsamtes zu dienen bestimmt ist und nachstehende Grundzüge enthält:

Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daß die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten bei uns wie in allen Kulturstaaten erheblich zurückgegangen ist. Damit ist der Beweis erbracht, daß die zu diesem Zweck ergriffenen Maßregeln von Erfolg begleitet waren und daß wir in der Bekämpfung des Uebels auf dem richtigen Wege gewesen sind. Aber ebenso liegt zutage, daß wir in Sachsen noch eine weitere Vervollkommnung der bestehenden Zustände anstreben können und müssen. Denn die Ziffer der Säuglingssterblichkeit beträgt noch immer 15,7 % und ist immer noch höher als die Durchschnittsziffer — 15,1 % — im Deutschen Reiche, während sie außerhalb Deutschland zum Teil sogar weniger als die Hälfte beträgt. Und wenn die skandinavischen Länder mit ihrer ganz besonders niedrigen Ziffer von 6,8 % in Norwegen und 7,2 % in Schweden vielleicht wegen der klimatischen Verhältnisse und der geringen Bevölkerungsdichtigkeit nicht ohne weiteres zum Vergleiche herangezogen werden können, so sind doch z. B. in Frankreich (Ortschaften über 5000 Einwohner 1909: 11,7 %), Italien (1912: 12,8 %) und den Niederlanden (1912: 8,7 %) die natürlichen Lebensbedingungen sicher nicht günstiger als bei uns. Es ist deshalb auch von wissenschaftlicher Seite wiederholt die Zuversicht ausgesprochen worden, daß wir bei zweckmäßigen Einrichtungen und folgerichtiger Durchführung weitere erhebliche Erfolge erwarten dürfen.

Auch bei den neuerdings durch die Kreishauptmannschaften vorgenommenen Erhebungen ist fast allenthalben der Wunsch nach Verbesserungen und deren Notwendigkeit festgestellt worden, und zwar bezeichnenderweise am lautesten und entschiedensten in denjenigen Orten und Bezirken, die auf dem Gebiete der Säuglingspflege schon bisher mehr als anderwärts geleistet haben. So wird z. B. auch bemerkt, daß gerade die Gemeinden, die bisher der Einführung von Stillprämien abgeneigt waren, nach der während des Krieges erfolgten Einführung der Wochenhilfe vielfach anderen Sinnes geworden seien.

Die guten Erfolge, die in vielen Gemeinden erzielt worden sind, sind zweifellos der Erkenntnis zu verdanken, daß es nicht genügt, kranke Kinder zu heilen, sondern daß es darauf ankommt, gesunde Kinder gesund zu erhalten und gegen Krankheiten widerstandsfähig zu machen. Wenn nun auch dieser Gedanke Gemeingut aller derjenigen ist, die sich mit der Kinderfürsorge eingehend beschäftigt haben, so wird es doch darauf ankommen, die jungen Mütter für diesen Gedanken zu gewinnen und die Gemeinden an die Pflicht zu erinnern, sich der vorbeugenden Aufgabe der Kinderpflege noch mehr zu widmen als bisher.

Unter den geäußerten Wünschen kommt zunächst die Schaffung einer Landes-Zentralstelle in Frage, die die örtlichen Bestrebungen zusammenfaßt, regelt und beeinflußt und die gegenwärtig zwar in den süddeutschen Staaten, aber in Sachsen noch nicht besteht.

Allgemein wird das Verlangen nach einer stärkeren Beteiligung des Staates an den Kosten der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge zur Geltung gebracht, wie es auch schon in den Verhandlungen der Ersten Kammer vom 12. März 1914 von den drei Oberbürgermeistern von Plauen, Chemnitz und Leipzig sehr nachdrücklich ausgesprochen wurde. Tatsächlich ist bis jetzt mit staatlichen Unterstützungen nur ein Anfang gemacht worden, indem außer den hierher zu rechnenden, in Kap. 58, Tit. 3h bisher mit 15000 Mark, neuerdings mit 18000 Mark eingestellten Unterstützungen für Kinderhorte in den Jahren 1914 und 1915 aus Kap. 58, Tit. 3k des Staatshaushalts-Etats insgesamt je 9800 Mark Beihilfen zu Stillprämien bewilligt worden sind.

Die dauernde Festsetzung der jetzt nur für die Kriegszeit eingeführten Reichswochenhilfe, die überall die günstigste Aufnahme und Wirkung gehabt hat, wird allgemein gewünscht und wird daher anzustreben sein, gehört aber nicht zur Zuständigkeit der Landesgesetzgebung.

Ferner ist die Notwendigkeit einer größeren Einheitlichkeit und Gleichmäßigkeit der Einrichtungen im ganzen Lande betont worden.

Um aber eine solche durchgreifende, über das ganze Land verbreitete Fürsorge zu erzielen, wird es nötig sein, unter Weiterverwendung der zahlreichen freiwilligen Kräfte namentlich aus den örtlichen Frauenvereinen, die schon bisher in hingebender Arbeit vielfach Anerkennenswertes geleistet haben, die Gesamtheit der Einrichtungen auf die feste und dauernde Grundlage des Kommunalverbandes mit seinen berufsmäßigen und ehrenamtlichen Organen zu stellen und ihn zum Träger der Fürsorge zu bestimmen. In den größeren Gemeinden können diese die Aufgabe übernehmen, die bei den vielen kleineren und kleinsten Gemeinden deren Kräfte weitaus überschreiten würde. Hier müssen, da wir auf die freiwillige Bildung von Gemeindeverbänden nicht warten können, die Bezirksverbände eintreten, die sich auch schon bisher hier und da freiwillig an der Fürsorge beteiligt haben. Da es zur Uebertragung der Aufgabe an die Bezirksverbände eines Gesetzes bedarf, wird es sich empfehlen, die ganze Angelegenheit, namentlich auch das mit in Betracht kommende Pflege (Zieh-) kinderwesen und die Berufsvormundschaft gesetzlich zu regeln. Hierfür sowie für die Ausführungsverordnung werden folgende

Grundzüge

zur Besprechung gestellt:

1. Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge wird der Selbstverwaltung der Bezirksverbände und der bezirksfreien (exemten) Städte übertragen, von denen jeder Bezirksverband und jede bezirksfreie Stadt einen Fürsorgebezirk bilden.

Da größere Gemeinden, die hierzu in der Lage sind und zum Teil auch schon Ersprießliches auf dem Gebiete der Fürsorge geleistet, unter Umständen

den Wunsch haben werden, auch künftig einen eigenen Fürsorgebezirk zu bilden, wird man dies den Städten mit Revidierter Städteordnung allgemein, sowie anderen Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern gestatten können, wenn und solange sie die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen aus eigenen Mitteln übernehmen. Sie haben ihre Absicht vor dem Inkrafttreten des Gesetzes oder spätestens ein Vierteljahr vor Beginn des Geschäftsjahres, mit welchem sie ausscheiden wollen, dem Bezirksverbande anzuzeigen. In diesem Falle findet § 23 des Bezirksverbandsgesetzes vom 21. April 1873 in dem Sinne auf sie Anwendung, daß sie von den Bezirksanlagen, welche für diese Fürsorge erhoben werden, befreit bleiben.

Mehrere Fürsorgebezirke können sich zur gemeinsamen Unterhaltung einzelner oder sämtlicher Einrichtungen vereinigen.

2. Gegenstand der Fürsorge sind:

a) Säuglinge,
b) uneheliche Kinder und gegen Entgeld in Pflege gegebene Kinder (Pflegekinder) bis zum 6. Lebensjahre.

Die Fürsorge kann mit anderen verwandten Tätigkeiten, z. B. Schwangeren- und Mutterschutz, Krüppelfürsorge, Tuberkulosebekämpfung und vor allem auch mit der Wohnungsaufsicht und Wohnungspflege verbunden werden, da die Beschaffenheit und Instandhaltung der Wohnung für das Gedeihen der Kinder von allergrößter Bedeutung ist.

3. Die Aufgaben der Fürsorge sind:

a) die Belehrung und Beratung der Mütter, namentlich über die Notwendigkeit und die Voraussetzung der natürlichen Brusternährung,
b) die Beaufsichtigung der Kinder und
c) die wirtschaftliche Unterstützung von Mutter und Kind.

Eine polizeiliche Mitwirkung findet nur bei der Regelung und Beaufsichtigung des Pflegekinderwesens statt.

4. Für die Zwecke unter Ziffer 3a, b und c müssen in jedem Fürsorgebezirke vorgenommen werden:

a) die Anstellung von Bezirkspflegerinnen,
b) die Errichtung und Unterhaltung von Mutterberatungsstellen,
c) die Verteilung von Merkblättern an Schwangere und Mütter,
d) die Gewährung von Stillbeihilfen,
e) die Beaufsichtigung der Pflegekinder,
f) die Einführung der Berufsvormundschaft.

Weitere Einrichtungen sind freigestellt. Insbesondere können

g) Vorträge und belehrende Unterweisungen für Hebammen, freiwillige Helferinnen, Schwangere, Mütter, Pflegemütter usw. über die Pflege und Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern veranstaltet,
h) Belohnungen für Hebammen, welche mit Erfolg die von ihnen entbundenen Mütter zum Stillen bringen, gewährt,
i) Krippen, in denen die auf Arbeit gehenden Mütter ihre Kinder bis zum dritten Lebensjahre unterbringen, Stillräume in größeren Betrieben, in denen stillende Mütter arbeiten, endlich Säuglingsheime und Säuglingskrankenhäuser errichtet,
k) Wanderkörbe für Wöchnerinnen dargeliehen und
l) Milchküchen für stillende Mütter eingerichtet werden.

5. Für jeden Bezirk ist mindestens eine Bezirkspflegerin als berufsmäßige Beamtin des Kommunalverbandes gegen angemessene Entschädigung anzustellen. Die Pflegerinnen haben die persönliche Aufsicht über die im Fürsorgebezirke vorhandenen Säuglinge, sowie die unehelichen und Pflegekinder unter sechs Jahren insbesondere durch Hausbesuche zu führen, hierbei die Mütter und Pflegemütter, aber auch Schwangere zu verständigen und zum Besuche der Mutterberatungsstellen anzuhalten. Sie können, soweit ihre Zeit reicht, auch zu den Geschäften der Wohnungsaufsicht und Wohnungspflege, der Krüppelfürsorge und der Tuberkulosebekämpfung verwendet werden.

Ueber ihre Vorbildung, wegen deren zufolge eines Berichts des Landes-Gesundheitsamtes vom 11. Juli 1915, 220 I L.G.A., die Ansichten zur Zeit noch nicht völlig geklärt sind, trifft das Ministerium des Innern nach Gehör des Landesausschusses (Ziffer 11) die nötigen Bestimmungen. Dabei wird

eine Lehr- und Uebungszeit in der praktischen Krankenpflege, wie sie die jetzt zur Militärkrankenpflege herangezogenen und nach dem Kriege jedenfalls in großer Zahl frei werdenden Pflegerinnen durchgemacht haben, jedenfalls als eine vorteilhafte Grundlage anzusehen, außerdem aber auch noch eine mehrmonatige Dienstleistung in einem Säuglingsheim, einer Entbindungsanstalt oder einem Säuglingskrankenhause zu fordern sein. Zu erwägen ist, ob den in einer Frauenschule oder in sozialen Frauenkursen vorgebildeten Bewerberinnen gewisse Vergünstigungen eingeräumt werden könnten.

6. Mutterberatungsstellen sind in der erforderlichen Anzahl zu errichten und können auch zwischen verschiedenen Orten wechseln. Sie sind ausnahmslos unter die Leitung eines Arztes oder einer Aerztin zu stellen, die von dem Kommunalverbande angemessen zu entschädigen sind, da man ihnen nicht zumuten kann, daß sie eine Berufstätigkeit, die sie des Lebenserwerbes halber betreiben, in dem für die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge erforderlichen Umfange unentgeltlich leisten.

Im allgemeinen wird sich empfehlen, daß, wie z. B. in Hessen, sämtliche Aerzte, die sich innerhalb des Fürsorgebezirks hierzu bereit finden, der Reihe nach in vielleicht einjährigem Wechsel zur Leitung der Beratungsstellen herangezogen werden. Hierdurch wird am besten jede einseitige Beeinträchtigung der freien Praxis vermieden und werden Kenntnisse und Interesse für die Sache in die weitesten Kreise hinausgetragen. Doch wird bei denjenigen Beratungsstellen, wo bereits feste Anstellungsverhältnisse bestehen, eine entsprechende Umwandlung selbstverständlich nur mit aller Schonung vorgenommen oder verlangt werden dürfen.

Am Dienste in den Beratungsstellen kann sich die Bezirkspflegerin beteiligen und es können hierzu auch freiwillige Helferinnen herangezogen werden.

7. Stillbeihilfen sollen, sofern eine Reichswochenhilfe nicht auch nach dem Kriege bestehen bleibt oder soweit sie Lücken aufweist, denjenigen stillenden Müttern gegeben werden, die wegen des Stillens Einbuße an Arbeitsverdienst erleiden oder einer Unterstützung in Geld oder Lebensmitteln (Milch), z. B. wegen Blutarmung, Schwächlichkeit, besonders bedürftig sind.

Dabei ist das Wort „Stillprämien“ künftig ganz zu vermeiden. Einmal als unnötiges Fremdwort, dann aber auch, weil die allgemeine Anschauung angestrebt werden muß, daß für jede Mutter, die dazu körperlich imstande ist, das Stillen eine heilige Pflicht und nicht etwas ist, wofür sie noch eine besondere Belohnung erwarten darf.

8. Was die Aufsicht über das Pflegekinderwesen anlangt, wird zu erwägen sein, ob eine polizeiliche Erlaubnis zum Halten von Pflegekindern gegen Entgelt oder nur eine Meldepflicht gefordert werden soll mit der Befugnis der Polizeibehörde, unzuverlässigen oder hinsichtlich ihrer Person oder ihrer Wohnungsverhältnisse ungeeigneten Personen die Annahme von Pflegekindern zu verbieten. Beides würde, ohne gegen die Reichsgewerbeordnung zu verstoßen, zulässig sein, da das Pflegekinderwesen zu den nach § 5 der Gewerbeordnung der Landesgesetzgebung vorbehaltenen Gegenständen gehört (vgl. Landmann, Gewerbeordnung, Anm. 5 zu § 6).

Die Wahrnehmung der polizeilichen Befugnisse wird in den Bezirksverbänden dem Bezirksausschusse, in Gemeinden, die eigene Fürsorgebezirke bilden, der Gemeindebehörde (Stadtrat, Stadtgemeinderat, Gemeinderat) übertragen.

Vor der zu fassenden Entschließung werden in allen Fällen der Fürsorgeausschuß und die Bezirkspflegerin zu hören sein.

Gegenüber dem Erziehungsberechtigten ist die Polizeibehörde nur befugt einer übelen Behandlung der Kinder durch einstweilige Maßnahmen abzuhelfen und hat im übrigen sich auf eine Anzeige an das Vormundschaftsgericht zu beschränken und diesem die weitere Entschließung zu überlassen (vgl. Urteil des Oberverwaltungsgerichtes vom 19. Oktober 1904, Jahrb. 6, S. 236).

9. Die gesetzliche (Berufs-) Vormundschaft ist für alle unehelichen, sowie für die in Pflege gegebenen oder einer besonderen Pflege bedürftigen Kinder einzurichten. Der Vormund hat im Einvernehmen mit der Bezirkspflegerin und dem Fürsorgeausschusse alle für das Wohl des bevormundeten Kindes erforderlichen Maßnahmen zu treffen und vor allem zu sorgen, daß die nötigen Unterhaltsbeiträge der Unterhaltspflichtigen ausreichend und rechtzeitig geleistet werden. Sehr erwünscht wäre es, wenn der Vormund

in der Lage wäre, schon vor der Geburt des Kindes über die hier nötigen Festsetzungen herbeizuführen, wie dies in Dänemark und Norwegen allgemein Rechtens ist (vgl. Bericht über den III. Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz, Berlin 1912, S. 801 flg.). Dies würde zur Sicherung von Mutter und Kind ganz wesentlich beitragen und in wirksamer Wsise verhindern, daß der außereheliche Vater sich gerade im kritischen Zeitpunkte seinen Verpflichtungen entzieht.

Zu der Bestellung des Vormundes wird der Fürsorgeausschuß zu hören sein.

10. Zur Erledigung der Fürsorgegeschäfte ist für jeden Fürsorgebezirk ein Fürsorgeausschuß zu bilden, dem anzugehören haben

ein oder mehrere Aerzte, welche die Mutterberatungsstellen leiten,
eine oder mehrere Bezirkspflegerinnen,
ein Vormundschaftsrichter,
ein oder mehrere Berufsvormünder,
eine oder mehrere Hebammen,
ein oder mehrere Krankenkassenvertreter,
sonstige Personen (Geistliche, Lehrer, Mitglieder von Frauenvereinen u. dgl.), welche für das Fürsorgegeschäft Erfahrung oder Interesse besitzen.

Die Mitglieder des Ausschusses werden jedesmal auf die Dauer von zwei Jahren vom Bezirksausschusse, in den Gemeinden, welche einen eigenen Fürsorgebezirk bilden, von der Gemeindebehörde gewählt, die auch den Vorsitzenden des Fürsorgeausschusses und seine Stellvertreter zu bestimmen haben. Doch soll der Vorsitzende oder sein Stellvertreter in der Regel ein Arzt sein.

Der Fürsorgeausschuß hat

a) die nötigen Einrichtungen ins Leben zu rufen und in Gang zu halten;
b) sich über die dem Bezirksausschusse oder der Gemeindebehörde zustehende Anstellung der Bezirkspflegerinnen sowie über die Bestellung der die Mutterberatungsstellen leitenden Aerzte gutachtlich zu äußern;
c) Stillbeihilfen für Mütter und Belohnungen für Hebammen (Ziffer 4 unter g) festzusetzen und zu bewilligen;
d) die gesamte Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder zu leiten und zu beaufsichtigen.

Der Ausschuß hat vor Beginn des Geschäftsjahres einen Haushaltsplan aufzustellen, welcher der Genehmigung der Bezirks- oder Gemeindevertretung unterliegt. Ueber die genehmigten Mittel verfügt der Ausschuss selbstständig hat jedoch der Bezirks- oder Gemeindevertretung hierüber Rechnung abzulegen.

11. Als Zentralstelle wird ein Landesausschuss für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge gebildet, welcher unter dem Vorsitze des Ministers des Innern oder seines Stellvertreters und unter Teilnahme von Räten und Hilfsarbeitern der beteiligten Ministerien (Ministerium des Innern allgemein — der Finanzen, soweit es sich um Staatsbeihilfe handelt, des Kultus und öffentlichen Unterrichtes bei Fragen, welche die Hochschulen betreffen, der Justiz bei Vormundschaftsangelegenheiten) nach Bedarf zusammenberufen wird.

Dem Landesausschusse gehören an:

der Präsident des Landes-Gesundheitsamtes,
die Direktoren der Universitäts-Frauenklinik und der Frauenkliniken in Dresden und Chemnitz,
die Direktoren der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig und des städtischen Säuglingsheims in Dresden,
ein vom Justizministerium bestimmter Vormundschaftsrichter,
Vertreter der in Sachsen bestehenden Krankenkassenverbände,
15 Vertreter der Fürsorgeausschüsse, von denen die Kreisausschüsse auf jedesmal 3 Jahre je 3 in der Weise wählen, daß hierunter je ein Arzt und eine Bezirkspflegerin sein soll,
sonstige Personen beiderlei Geschlechtes, die von dem Ministerium des Innern berufen werden, weil ihnen besondere Erfahrungen oder Leistungen auf dem Gebiete der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge zur Seite stehen.

Der Landesausschuß ist ein beratendes Organ der Staatsregierung. Insbesondere gehören zu seinen Aufgaben:

a) **Ueberwachung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge im ganzen Lande,**
b) **Anregung und Begutachtung allgemeiner Anordnungen,**
c) Verteilung der Staatsbehilfen und sonstigen Zuwendungen (z. B. aus „Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz“ an die einzelnen Fürsorgebezirke,
d) Veranstaltung von Wanderlehrkursen und andere, sich auf das ganze Land erstreckende Einrichtungen.

Die Teilnehmer an den Landesausschußsitzungen erhalten, soweit sie nicht in Dresden wohnen, aus der Staatskasse eine Reiseentschädigung von 20 Mark.

12. Die durch die Einrichtungen im Fürsorgebezirke entstehenden Kosten sind von diesem zu tragen. Doch soll hierzu unter weiterer Ausgestaltung der Einstellung in Kap. 58 Tit. 3h und k des Staatshaushalts-Etats eine Staatsbeihilfe gewährt werden, über deren Bemessung jedoch zunächst noch mit dem Finanzministerium zu verhandeln sein wird.

(Sonderbeilage des Korrespondenzblattes der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine im Königreich Sachsen; 1916, Nr. 10.)

Die Bewertung der Säuglingssterblichkeitsziffern. Von Dr. Alexander Szana, Chefarzt des staatlichen Kinderasyls in Budapest. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 14.

Säuglingssterblichkeitsziffern können nur mit Heranziehung der Geburtenziffer verwertet und bewertet werden. Will man die Säuglingssterblichkeitsverhältnisse verschiedener einzelner Epochen geographischer Einheiten vergleichen, so ist es notwendig, die Säuglingssterblichkeitsziffern solcher Epochen zu vergleichen, wo noch die Geburtenziffer die gleiche war.

Ein Vergleichen und Bewerten der Säuglingssterblichkeitsziffern einzelner Epochen oder verschiedener geographischer Einheiten mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Geburtenziffer ist möglich durch Betrachtung und Vergleichung der Zahl derjenigen Säuglinge, die das erste Lebensjahr überleben, also in das zweite Lebensjahr eingetreten sind.

Einen weiteren Einblick in die Bewertung der Verhältnisse, die durch Geburten- und Sterbeziffern bedingt sind, gewinnt man, wenn man die sozialbiologische Oekonomie der Vermehrung betrachtet, also feststellt, wieviele Geburten und Todesfälle in der geographischen Einheit (Stadt oder Staat) stattgefunden haben, bis in der geographischen Einheit die Zahl der Lebenden sich um hundert vermehrte. Nach einer tabularischen Uebersicht ereigneten sich im Durchschnitt der Jahre 1906—1910 in Dänemark 282 Geburten und Todesfälle, bis die Nation sich um 100 Seelen vermehrte, in Deutschland 346, in England 354, in Rußland 450, in Italien 468, in Oesterreich 492, in Ungarn 528, in Irland 694 und in Frankreich 5586. Auch danach ist Frankreich das Land, das sich am meisten unökonomisch vermehrt und ausstirbt. In Deutschland ereigneten sich Todes- und Geburtsfälle zusammen, bis sich die Zahl der Einwohner um 100 vermehrte, in den Jahren 1901—1905: 374, 1909: 346, 1910: 338, 1911: 406 (heißer Sommer), 1912: 341.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Kindersterblichkeit in Oesterreich und ihr Verhältnis zur Säuglingssterblichkeit. Von Dr. Siegfried Rosenfeld-Wien. Oesterreichisches Sanitätswesen; 1916, Nr. 9/12. Beiheft: Säuglingsschutz und Jugendhygiene, Heft VII, X.

In der sehr fleißigen, 142 Seiten umfassenden Arbeit bespricht Verfasser zunächst die Säuglingssterblichkeit als Ausleseerscheinung sowie ihre Berechnung und die dabei häufig gemachten Fehler; er hebt dabei mit Recht hervor, daß eine richtige Berechnung der Säuglings- und Kindersterblichkeit von den Geburtsjahren und nicht von den Kalenderjahren ausgehen sollte. In Oesterreich war eine solche Berechnung nach Geburtsjahren jedoch erst vom Jahre 1898 möglich; deshalb hat Verfasser auch nur statistische Ergebnisse der Jahre 1898—1909 für seine Untersuchungen benutzt. Bei beiden Berechnungsarten ergibt sich, daß sowohl bei den ehelichen als bei den unehelichen Kindern der Anteil des weiblichen Geschlechts geringer ist, als der des männlichen (um 1,26 bezw. 2,49 und 1,27 bezw. 1,56 %) und der Anteil der unehelichen

Kinder größer als der der ehelichen (3,44 bezw. 3,21 und 3,05 bezw. 2,76 %). Weiterhin ergibt sich, daß die Sterblichkeit des Geburtsjahrganges von der des Kalenderjahres in allen Kronländern erhebliche Unterschiede aufweist, die mitunter so erheblich sind, daß die Berechnung der Sterblichkeit nach dem Kalenderjahr zu falschen Ergebnissen führt und die darauf aufgebaute Untersuchung des Verhältnisses von Säuglings- und Kindersterblichkeit wertlos macht. Die Mehrsterblichkeit der männlichen Kinder in den ersten Lebensjahren hält bei den ehelichen bis Ende des dritten, bei den unehelichen bis Ende des vierten Lebensjahres an, erst dann macht sich eine Mehrsterblichkeit beim weiblichen Geschlecht bemerkbar. In den meisten Kronländern mit höherer Sterblichkeit der Geburtsjahrgänge im ersten Lebensjahre folgt eine niedrigere im zweiten Lebensjahre; während sich eine solche Abnahme im dritten bis fünften Lebensjahr nicht mehr bemerkbar macht. Die Sterblichkeit der ein- und zweijährigen Kinder geht also der der Säuglingssterblichkeit parallel. Daraus ergibt sich, daß die Ursachen für die Erhöhung der Säuglingssterblichkeit auch für die Sterblichkeit der ein- und zweijährigen Kinder fortwirken, während sie bei den 3—5jährigen Kindern nicht mehr zur Geltung kommen. Das parallele Verhalten der Sterblichkeit bei den Säuglingen und Einjährigen findet sich überall, gleichgültig ob es sich um industrielle oder um landwirtschaftliche Bezirke handelt; dagegen finden sich in dieser Beziehung bei den drei- bis fünfjährigen Kindern erhebliche Unterschiede. Geographisch ist die Säuglingssterblichkeit nicht nur zwischen den einzelnen Kronländern, sondern auch innerhalb dieser Gebiete eine sehr verschiedene; erhebliche Unterschiede zeigen sich auch bei der Sterblichkeit der Einjährigen, und zwar je nach der Nationalität und Beschäftigung der Bevölkerung. Die Einjährigensterblichkeit der Deutschen ist z. B. überall geringer als die der anderen Nationalitäten, die der Ruthenen größer als die der Polen. Bei allen Kronländern ist sie ferner größer als die Sterblichkeit der Kinder im Alter über zwei bis fünf Jahre, die in Ländern mit höherer Einjährigensterblichkeit, z. B. Galizien, Bukowina und Dalmatien, ebenfalls größer ist. Im allgemeinen ist die Sterblichkeit der Kinder über zwei bis fünf Jahre in den Bezirken mit 50—70% landwirtschaftlicher Bevölkerung am günstigsten, während sich die Einjährigensterblichkeit in Bezirken mit 70 bis 90% landwirtschaftlicher Bevölkerung fast immer höher stellt als in den Bezirken mit mehr industrieller Bevölkerung. Weiterhin läßt sich feststellen, daß die Kronländer in der Mitte des Staates, die eine verhältnismäßig geringe Kindersterblichkeit haben, in den letzten Jahren nur eine geringe, die Kronländer mit früher hoher Kindersterblichkeit dagegen eine höhere Abnahme dieser Sterblichkeit aufweisen. Von den Todesursachen spielen die Infektionskrankheiten, insbesondere Diphtherie, Keuchhusten, Blattern, Scharlach und Masern bei den Kindern über 2—5 Jahre eine viel größere Rolle als bei denen über 1—2 Jahre. Allgemein gültige Regeln über Höhe und Ursachen der Kindersterblichkeit lassen sich nicht aufstellen, insbesondere darf man auf sie keine Schlüsse aus der Säuglingssterblichkeit ziehen, für die es auch keine einheitliche Formel gibt. Jedenfalls trifft die Annahme, daß die erhaltene Brustnährung für die Sterblichkeit der Kinder im dritten bis fünften Jahre von großer herabfolgender Bedeutung ist, in dieser Allgemeinheit keineswegs überall zu. Dagegen erscheint die Annahme begründet, daß die Höhe der Kindersterblichkeit wesentlich von der sozialen Lage der Bevölkerung, den Ernährungs- und hygienischen Verhältnissen abhängig ist. Auch die angeborene Konstitution (Vorkommen von Tuberkulose ist von Einfluß; deshalb kann die Kindersterblichkeit nur dann auf das möglichst geringste Maß gebracht werden, wenn außer unmittelbar darauf hinzielenden Maßnahmen — wie rationelle Ernährung im Säuglings- und Kindesalter, Prophylaxe der Infektionskrankheiten usw. — auch solche allgemein hygienischer Natur getroffen werden.

Rpd.

Statistik des Kleinkinderalters. Von Dr. Hans Guradze, wissenschaftlichen Assistenten am Statistischen Amt der Stadt Berlin. Stuttgart 1916. Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8°, 28 Seiten. Preis: 1 Mark.

Die vorstehende Abhandlung bildet einen Auszug aus einem in Ausführung begriffenen, von Dr. Tugendreich-Berlin verfaßten Handbuche der

Kleinkinderfürsorge, dessen Vollendung und Ausgabe sich durch den Krieg verzögert hat. Bei der Bedeutung, die gerade die Fürsorge für das Kleinkinderalter infolge des Krieges gewonnen hat, und bei der Notwendigkeit ihres weiteren Ausbaues, der sich besonders auf die Ergebnisse der Statistik stützen muß, ist es deshalb nur dankbar zu begrüßen, daß diese umfassende Statistik schon jetzt veröffentlicht ist. Die Abhandlung bringt zunächst im ersten Abschnitt einen Ueberblick über den Bestand der Kleinkinder (Altersklassen über ein Jahr bis zum 6. Lebensjahr) auf Grund der preußischen Statistik und für die Volkszählungsjahre von 1890—1910. Danach hat sich die Zahl der Kleinkinder in Berlin um 15,71 % verringert (bei den männlichen um 15,23, bei den weiblichen um 16,06 %), während die Verminderung der Säuglinge 32 % (31,68 bezw. 32,07 %) beträgt. In Charlottenburg stellt sich die Abnahme der Kleinkinder- und Säuglingszahl auf 28,8 und 41,3 %, in Neukölln auf 18,17 und 36,21 %, in ganz Preußen dagegen nur auf 5,36 und 12,08 %; dieser Rückgang macht sich aber besonders erst im letzten Jahrzehnt (1900—1910) bemerkbar. Dasselbe gilt vom Deutschen Reich, wo er 4,63 % und 11,07 beträgt, bei dem männlichen Geschlecht: 4,47 und 11,74 %, bei dem weiblichen: 4,09 und 11,03 %. Im zweiten Abschnitt behandelt Verf. die Sterblichkeit der Kleinkinder und zwar zunächst wiederum nach der Statistik für Berlin. Für ganz Preußen ist diese während der Jahre 1901—1912 bei den männlichen bezw. weiblichen Altersklassen von über 1—2 Jahren (auf 1000 Lebende der Altersklassen berechnet) von 53,6 und 50,1 auf 30,2 und 28,8, über 2—3 Jahren von 20,7 und 20,0 auf 11,6 und 11,3, über 3—5 Jahre von 11,3 und 11,2 auf 6,5 und 6,4 gesunken. Die Unterschiede zwischen der Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen Kinder werden von Jahr zu Jahr geringer; desgleichen macht sich die bei den Säuglingen stetig beobachtete höhere Sommersterblichkeit jetzt nicht mehr bemerkbar. Dagegen sind die Unterschiede der Sterblichkeit bei den Kleinkindern nach sozialen Klassen berechnet außerordentlich hoch; sie betrugen z. B. in Berlin bei dem Mittelstand 2—4 mal und bei den Minderbemittelten 9—10 mal so viel als bei den Wohlhabenden. Auffallend hoch ist die Sterblichkeit bei den Kleinkindern der Minderbemittelten an Masern, Keuchhusten und Tuberkulose.

Rpd.

---

2. Jugendfürsorge.

Jugendfürsorge und Lehrerschaft. Von Dr. Th. Altschul, K. K. Obersanitätsrat, und H. Heller, Erziehungsrat der deutschen Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Böhmen. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1916, Nr. 1—4.

Die vorliegende Abhandlung stellt eine erweiterte Wiedergabe von Vorträgen dar, die in der Lehrer- und Lehrerinnenbildungsanstalt in Prag gehalten wurden, und zwar beziehen sich die hier besprochenen Aufsätze auf die „Jugendfürsorge vom ärztlichen Standpunkt“, deren Verfasser der erste der oben genannten beiden Autoren ist. Daß es sich um etwas Besonderes, Gediegenes und Wertvolles handelt, können wir von vornherein erwarten. Geleitet wird Verfasser von folgendem Gedanken, den er, wie er am Schlusse bemerkt, auch bereits in einer Arbeit über die geistige Ermüdung der Schuljugend ausgesprochen hat: „Die moderne Zeit braucht Kraftmenschen an Körper und Geist, wir müssen daher die Jugend in strammer Arbeit erziehen und nicht aus lauter Furcht vor Ermüdung ihr gar keine Kraftproben zumuten. Ein gesunder Körper, ein gesunder Geist kann arbeiten und soll arbeiten, und wenn wir unsere Jugend zu Arbeitsmenschen erziehen, dann nützen wir dem Vaterlande, dann nützen wir dem Volke und der Jugend auch.“

Altschul will die Lehrer als Bundesgenossen des Arztes; sie sind berufen, nicht nur Jugendbildner, sondern auch Volkserzieher zu werden, für die alle Fragen der Jugendfürsorge bedeutungsvoll sind. Da die Schulkrankheiten zumeist nicht durch die Schule entstehen, sondern ihr Grund vorwiegend in der vorschulpflichtigen Zeit und oft genug schon bei der Geburt des Kindes gelegt wird, so beginnt Verfasser mit dem „Mutterschutz“ und der Säuglingsfürsorge. Damit das Schulkind aus gutem Holze sei, soll der Lehrer alle Bestrebungen zu fördern suchen, die auf Mutterschaftsfürsorge, Säuglingsfürsorge, Mutterberatungsstellen usw. gerichtet sind. Die Wichtigkeit dieses Gegenstandes sucht

Verfasser durch einige statistische Angaben über Säuglingssterblichkeit (bei Flaschen- und Brustkindern) hervorzuheben. Die Gemeindepflege nach deutschem Vorbilde erfährt eine besondere Wertschätzung und wird für Oesterreich zur Nachahmung empfohlen.

Das zweite Gebiet ist die Fürsorge für das vorschulpflichtige Kind. Die Sterblichkeit für diese Altersperiode ist zwar geringer als für das Säuglingsalter, in besonderer Gefahr der Erkrankung an Rachitis, Skrofulose, Tuberkulose stehen aber die schlecht gehaltenen Proletarierkinder. Es gilt durch Kinderkrippen und Kindergärten Besserung zu schaffen; in den Kindergärten sollte aber auch wirklich ein Garten mit Gelegenheit zum Aufenthalt im Freien vorhanden sein. Vernünftige Abhärtung ist anzubahnen. Leichte Leibesübungen sind am Platze. Auf richtiges Atmen soll geachtet werden, überhaupt ist mit der richtigen Stimmausbildung und Stimmhygiene im Kindergarten zu beginnen. Die Schulkindergärten für die noch nicht „schulreifen" 6jährigen Kinder werden als treffliche Einrichtungen erwähnt. Die Ernährung der Kinder im vorschulpflichtigen Alter wird besprochen. Auf das Gebiß der Kinder, auch der Milchzähne, ist Acht zu geben. Hinweise auf die Bedeutung und Erkennung der Masern und des Keuchhustens für die Kindergärtnerin bei der Häufigkeit dieser Erkrankungen in dieser Altersgruppe werden gegeben.

Das „Schulalter" beansprucht nur die besondere Obsorge der Lehrer, die dem Schularzt, als den berufenen Förderer der Schulhygiene, zur Seite stehen sollen. Der Lehrer muß der psychopathisch-minderwertigen Kinder sich besonders annehmen, muß die Ueberbürdungsfrage verstehen, mit den Hilfsklassen Bescheid wissen, die Schulspeisungen fördern helfen und besonders der Verwahrlosung der Jugend helfen entgegenzuarbeiten.

Das Entwicklungsalter, die Pubertät und die Fürsorge für die schulentlassene Jugend erfordere die besondere Aufmerksamkeit. Berufswahl, Jugendheime und ähnliche Einrichtungen, Bekämpfung des Alkoholismus, sexuelle Aufklärung, Bekämpfung des Kino-Unwesens und der Schundliteratur sind es besonders, die Beachtung verdienen.

Einer besonderen Besprechung unterzieht dann Altschul noch die körperliche Erziehung der Jugend, wobei neben Turnen und Jugendspiel die Jugendwehr, das Wandervogelwesen wohlwollende Berücksichtigung finden; zum Schluß kommt er noch auf das wichtige Gebiet der Tuberkulose und Schule zu sprechen. Dr. Solbrig-Königsberg.

3. Soziale Hygiene.

Die kommende Wohnungsnot. Von Dr. Buetz. Die Grenzboten; 1915, IV. Quartal, S. 113.

Darüber, wie es mit den Wohnungsverhältnissen nach dem Krieg beschaffen sein wird, sind die Meinungen geteilt. Während die einen die Ansicht vertreten, daß infolge des Bevölkerungsverlustes eine Wohnungsnot nicht zu befürchten sei, sind andere pessimistisch gestimmt. Zu ihnen gehört Buetz, der seinen Standpunkt bereits in der Fassung seines Themas zu erkennen gibt. Er erinnert zunächst an den fast völligen Stillstand des Baumarktes während des Krieges, wie sich aus den Nachweisen der Baustatistik ergibt. Dazu kommt, daß bereits vor dem Kriege die Wohnungsverhältnisse mißliche waren. Nach der Reichsstatistik war der Zugang an Kleinwohnungen mit 1—3 Wohnräumen in 17 von 39 Städten größer, dagegen in 22 Städten kleiner als im Jahre 1913. Diese Zahlen erlangen nach den infolge des Krieges entstandenen Verhältnissen eine geradezu erschreckende Bedeutung. Eine Nachfrage nach kleinen Wohnungen macht sich heute schon mehr und mehr bemerkbar. Viele Familien können die bisherigen teuren Wohnungen nicht mehr behalten; dazu kommen die Flüchtlinge, die Auslandsdeutschen, die nicht mehr in ihre Heimat zurückkehren wollen oder können. Was soll erst werden, wenn unsere Krieger zurückkehren? Die Kriegstrauungen und die zu erwartende erhöhte Heiratsziffer nach dem Krieg werden den Bedarf an kleinen Wohnungen steigern. Erfreulicherweise beginnt man bereits mancherorts, die Frage des Kleinwohnungsbaues in den Bereich der Kriegsfürsorge aufzunehmen. So richtete der Großberliner Verein für Kleinwohnungswesen ein Kriegswohnungsnachweis für Bedürftige ein und richtete eine Rundfrage an die Baugenossenschaften zwecks Feststellung ihrer Leistungsfähigkeit. Leipzig hat die Errichtung von 727 Häusern

mit Kleinwohnungen beschlossen. Aktives Eingreifen in die Kleinwohnungsfrage wird ferner aus Nürnberg, München, Lichtenberg, Hannover, Frankfurt und Magdeburg berichtet. Die durch den Kriegszustand hervorgerufene Notlage wird auch durch das preußische Wohnungsgesetz nicht mehr behoben werden, selbst wenn sich die Parteien über dasselbe geeinigt haben, was so rasch nicht zu erwarten ist. Außerdem bringt es überhaupt für das Kleinbauwesen keine nennenswerten Vorteile. Eine durchgreifende Wohnungsreform kann ohne eine Bodengrundreform und Regelung des Immobilarkredits (2. Hypothek) nicht durchgeführt werden. In der Regelung des Bebauungsplanes, sowie in einer Fluchtliniengesetzgebung liegt ein wesentliches Moment zur Bekämpfung der Bodenspekulation. Selbst wenn uns das Wohnungsgesetz sichtbare Besserungen bringen sollte, haben wir eine solche erst in Preußen und keine Reichswohnungsreform. Verfasser zählt nun die einzelnen Landeswohnungsgesetze auf und meint, keinem sei es gelungen, eine nennenswerte Besserung herbeizuführen. Er irrt hier aber, wenn er auch das Großherzogtum Hessen hinzurechnet. Es ist nicht richtig, daß hier das Gesetz von 1883 in Geltung bleibt, es ist vielmehr ein neues Gesetz erlassen worden, das sehr segensreich wirkt, weil hier Wohnungsaufsicht und Neuerrichtung von kleinen Wohnungen Hand in Hand gehen. Geld wird nach dem Kriege für den Wohnungsbau um so schwerer zur Verfügung stehen, weil die Industrien das mobile Kapital in erster Linie an sich ziehen wird. Die Vorschläge zur Hebung der Wohnungsnot sind mannigfach. Vor allem kommt in Frage sofortige Erschließung öffentlichen Geländes für Bau und Verkehr zu billigen Preisen, Unterstützung der Bauverbände und privater Bauherren, Gründung entsprechender Gesellschaften. Was die gemeinnützige Bautätigkeit leisten kann, tritt besonders klar in Frankfurt zutage; 1870 gab es hier 161 durch gemeinnützige Bautätigkeit hergestellte Wohnungen, 1915: 6809 Wohnungen (nicht Gebäude, wie Verfasser schreibt). Durch eine staatliche und städtische günstige Verkehrspolitik könnte erreicht werden, daß ein erweitertes „Außenwohnen" der Arbeiterfamilie zur Entlastung der Großstädte ermöglicht wird; auch auf den Erbbau sollte mehr Rücksicht genommen werden.

Dr. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Tagesnachrichten.

Nach einem Beschluß des Reichsmilitärgerichts vom 18. April d. J. gehört ein auf **Grund vertraglicher Verpflichtung im Etappendienst tätiger Arzt** zwar zu den im § 155 Mil. Str. G. B. verzeichneten Personen, ist aber trotz des Tragens der Uniform nicht Militärperson. Er kann sich daher gegenüber einem Offizier, dem er dienstlich nicht unterstellt ist, der Beleidigung eines Vorgesetzten (§ 91 Mil. Str. G. B.) nicht schuldig machen. Ebensowenig kann Beleidigung „eines im Dienstrange höheren" in dieser Vorschrift in Frage kommen, da ein solcher Arzt keinen militärischen Dienstrang hat (siehe auch den in der heutigen Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung S. 104 abgedruckten Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums vom 4. Juni d. J. betr. die Stellung der vertraglich verpflichteten Zivilärzte).

Das vom Reichstage angenommene Gesetz über die Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgungen — **Kapitalabfindungsgesetz** — ist unter dem 3. Juni d. J. erlassen und in Nr. 154 des Reichsgesetzblattes mit den dazu getroffenen Ausführungsbestimmungen vom 8. Juli d. J. veröffentlicht. Nach diesem Gesetze können Personen, die aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges auf Grund des Mannschaftsversorgungsgesetzes oder des Militärhinterbliebenengesetzes Anspruch auf Kriegsversorgung haben, auf ihren Antrag zum Erwerb oder zur wirtschaftlichen Stärkung eigenen Grundbesitzes durch Zahlung eines Kapitals abgefunden werden. Ueber den Antrag entscheidet die oberste Militärverwaltungsbehörde (§ 1). Voraussetzung für die Kapitalabfindungen sind nach § 2 des Gesetzes, daß 1. der Versorgungsberechtigte das 21. Lebensjahr vollendet und das 55. Lebensjahr noch nicht zurückgelegt hat (nach dessen Vollendung ist nur ausnahmsweise eine Abfindung zulässig), 2. der Versorgungsanspruch anerkannt ist, 3. nach Art des Versorgungsgrades ein späterer Wegfall der Kriegsversorgung nicht zu erwarten ist und 4. für eine

nützliche Verwendung des Geldes Gewähr besteht. Für die Berechnung der Abfindungssumme wird das Lebensjahr zugrunde gelegt, das der Antragsteller in demjenigen Jahre vollendet, das auf den Tag der Antragstellung folgt (§ 4). Die Abfindungssumme beträgt bei dem 21. Lebensjahre das 18½fache der Versorgungsgebührnisse und ermäßigt bei jedem weiteren Lebensjahre um je ¼, so daß es beim 55. Lebensjahre nur noch das 8¼fache beträgt. Das Kapitalabfindungsgesetz ist für die Medizinalbeamten insofern von Bedeutung, als nach Ziffer 2 Abs. 1 der Ausführungen das Bezirkskommando, bei dem der Antrag einzureichen ist und das diesen zunächst zu prüfen hat, ob die oben mitgeteilten Voraussetzungen des § 2 Nr. 1—3 des Gesetzes gegeben sind, die Untersuchung des Antragstellers durch einen beamteten Arzt zu veranlassen hat, der sich auch dahin zu äußern hat, ob vom ärztlichen Standpunkte aus Bedenken gegen die Gewährung der Kapitalabfindung bestehen, ob also nach dem Gesundheitszustand des Versorgungsberechtigten, insbesondere nach Art der Versorgungsgründe (Kriegsbeschädigung) ein späterer Wegfall der Kriegsversorgung nicht zu erwarten steht. Bestehen nach dem amtsärztlichen Zeugnisse Bedenken hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Antragstellers, die eine Ablehnung des Antrages begründen, so hat dies das entscheidende Generalkommando aus Ziff. 2 Abs. 3 der Ausführungsbestimmungen dem Antragsteller mitzuteilen.

Dem Herausgeber der Deutschen medizinischen Wochenschrift ist auf ein an das Reichsamt des Innern unter dem 29. Mai d. J. gerichtetes Schreiben, in dem die **Zuwahl von ärztlichen Sachverständigen in den Beirat des Kriegsernährungsamtes** als dringend erwünscht befürwortet wurde, durch Schreiben vom 27. Juni d. J. mitgeteilt worden, daß die Berufung von drei ärztlichen Sachverständigen in den nächsten Tagen erfolgen werde. Dies ist inzwischen geschehen; es sind die Herren Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena, Geh. San.-Rat Dr. Stöter-Berlin, Vorsitzender des Ausschusses der Preußischen Aerztekammer, und Med.-Rat Dr. Alter, Direktor der Fürstl. Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo, berufen.

Von dem Kriegsernährungsamt ist die Einführung einer **Reichsfleischkarte** für den Monat September beschlossen. Bis dahin soll durch Uebergangsvorschriften auf eine einigermaßen gleichmäßige Deckung des Fleischbedarfs nach Möglichkeit hingewirkt werden.

Die für den 21. Juni d. J. anberaumte Sitzung der I. Abteilung des **Königl. Sächsischen Landesgesundheitsamtes**, deren Tagesordnung in Nr. 11 dieser Zeitschrift S. 345 mitgeteilt ist, ist auf Sonnabend, den 6. September d. J. verlegt.

Erhöhung der Post- und Telegraphengebühren. Das neue Gesetz, betr. eine mit den Post- und Telegraphengebühren zu erhebende außerordentliche Reichsabgabe, vom 21. Juni 1916 tritt nach Kaiserl. Verordnung an demselben Tage am 1. August d. J. in Kraft. Danach beträgt die Reichsabgabe bei

1. Briefen im Ortsverkehr: 2½ Pf., im sonstigen Verkehr 5 Pf.,
2. Postkarten: 2½ Pf.,
3. Paketen: bis zum Gewicht von 5 kg auf Entfernungen bis 75 Kilometer einschl. 5 Pf., auf weitere Entfernungen 10 Pf., beim Gewicht über 5 kg 10 bezw. 20 Pf.,
4. Briefen mit Wertangabe: auf Entfernungen bis 75 Kilometer einschl. 5 Pf., auf weitere Entfernungen 10 Pf.,
5. Postauftragsbriefen: 5 Pf.,
6. Telegramme: für jedes Wort 2 Pf., aber mindestens 10 Pf. für jedes Telegramm,
7. Rohrpostbriefen und Rohrpostkarten: 5 Pf.,
8. Anschlüsse an Orts-, Vororts- oder Bezirksfernsprechnetz: 10% der Pausch- oder Grundgebühr,
9. Ortsgesprächen von Teilnehmeranschlüssen gegen Grund-

gebühr: Gesprächen in Vororts-, Bezirks- und Fernverkehr: 10 % von der Gebühr für jedes Gespräch, auch wenn es dringend ist,

10. Fern-Sprechnehmeranschlüsse: 10 % der Gebühr für jeden Nebenanschluß.

Befreit von der Reichsabgabe sind: Sendungen von Angehörigen des Heeres und der Marine, Sendungen ins Ausland, soweit Verträge mit anderen Staaten entgegenstehen, gewöhnliche Pakete, die nur Zeitungen oder Zeitschriften enthalten, wie überhaupt alle Drucksachen, sowie Pressetelegramme.

Um den **Geburtenrückgang in Frankreich** wirksam zu bekämpfen, ist jetzt der französischen Kammer ein **Gesetzesvorschlag** von den Abg. Bénazet vorgelegt, nach dem der Staat jeder Mutter für jedes ihrer ersten beiden lebenden Kinder je 500 Fr., für das dritte 1000, für das vierte 2000 und für jedes folgende Kind weitere 1000 Fr. zahlen und dieses Geld ausschließliches Eigentum der Mutter bleiben soll, gleichgültig ob sie verheiratet ist oder nicht. Damit die Mütter ihren Kindern die notwendige Sorgfalt zuteil werden lasse, soll ihnen daß Geld erst ein Jahr nach der betreffenden Entbindung ausgefolgt werden. Auch für den Vater ist in dem Gesetzentwnrf eine Prämie und zwar in der Höhe von 2000 Fr. vorgesehen, deren Auszahlung jedoch erst dann erfolgt, wenn er mindestens 4 lebende Kinder aufweisen kann, für deren Unterhalt er ununterbrochen seit ihrer Geburt gesorgt hat. Die zur Durchführung des Vorschlages erforderlichen Geldmittel sollen durch Besteuerung der kinderlos gebliebenen Personen beiderlei Geschlechts und der Familien, die nur ein Kind besitzen, beschafft werden. Bénazet glaubt, wenn die Kinder Eltern einen Gewinn bringen, diese auch ein Interesse daran haben, mehrere Kinder zu besitzen. Für die Erhaltung der Rasse sei aber die Geburt von vier Kindern in jeder Familie erforderlich.

Preisausschreiben der Erich-Rathenau-Stiftung. Für medizinische, auf eigenen Forschungen und Erfahrungen beruhende Arbeiten, durch welche die Behandlung und insbesondere die Heilung der als Folgeerscheinungen des akuten **Gelenkrheumatismus** auftretenden **Herzkrankheiten** gefördert wird, ist aus den Erträgnissen der Stiftung ein Preis von **10 000 Mark** verfügbar, der ganz oder zur Hälfte zugesprochen werden kann. Sollte ein Mittel oder ein Verfahren gefunden werden, das die Entstehung konsekutiver Herzkrankheiten im Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus völlig ausschließt oder die Heilbarkeit solcher Herzkrankheiten sicher verbürgt, so kann dem Entdecker eines derartigen Mittels oder Verfahrens nach eingehender, drei Jahre dauernder Prüfung desselben an Stelle des ausgeschriebenen Preises der ganze Kapitalbestand der Stiftung im Betrage von **200 000 Mark** ausgeantwortet werden. Die Zuwendung der Preise oder des Stiftungskapitals kann nur an deutsche Reichsangehörige erfolgen. Bewerbungen sind bis 1. August 1917 an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität, Berlin C 2, zu richten.

Todesfall. Wie dem Herausgeber erst nachträglich bekannt wurde, ist am 1. Juni d. J. der Geh. Med.-Rat Dr. **Wiedner-Kottbus** nach kurzer Krankheit an Blinddarmentzündung gestorben, nachdem ihm kurz vorher noch vergönnt war, am 15. Mai d. J., seinen 80. Geburtstag in geistiger und körperlicher Frische zu feiern. Mit ihm hat der Preußische Medizinalbeamtenverein nicht nur einen Mitbegründer des Vereins, sondern auch dasjenige Mitglied verloren, das an keiner seiner Hauptversammlungen gefehlt hat. W. war deshalb eine der bekanntesten Persönlichkeiten des Vereins, der sich bei seinen Kollegen infolge seiner mit Humor gepaarten Liebenswürdigkeit einer außerordentlichen Beliebtheit erfreute. Er genoß aber auch das Ansehen eines tüchtigen Arztes und Medizinalbeamten. Fast 40 Jahre ist er als solcher im Staatsdienste gewesen, erst als Kreisphysikus der Kreise Hoyerswerda (1872 bis 1874), Creuzburg O.-Sch. (1879—1880), Königsberg i. d. Neumark (1880—1888) und zuletzt als Kreisarzt des Stadt- und Landkreises Kottbus (1888—1911), wo er vom 1. April 1911 unter Verleihung des Roten Adlerordens III. Klasse mit der Schleife in den wohlverdienten Ruhestand trat. Am 23. März 1913 feierte er sein 50jähriges Doktor-Jubiläum. Unsere damaligen Wünsche auf ein recht

langes Otium cum dignitate sind leider nicht in Erfüllung gegangen; tief betrübt stehen wir an seinem Grabe und werden den Verstorbenen noch recht oft und recht schmerzlich bei unseren künftigen Hauptversammlungen vermissen. Sein Andenken wird allzeit in Ehren gehalten werden!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Kasse:

Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. W. Bock-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Emil aus dem Bruch-Marl (Reg.-Bez. Münster).
Stabsarzt Dr. Goldammer-Berlin, z. Z. Sofia.
Stabsarzt d. Res. Dr. Gustav Gundert-Stuttgart.
Stabsarzt Dr. Has, Kadettenhaus Oranienstein.
Oberstabsarzt Dr. P. Hocheisen-Ulm.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann-Düsseldorf.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Jarecki-Breslau.
Assistenzarzt d. Res. Dr. August König-Charlottenburg.
Oberstabsarzt Dr. Mauersberg-Gnesen.
Stabsarzt Dr. Paulin-Germresheim (Pfalz).
Stabsarzt d. Res. Dr. Petermann-Bielefeld.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Stursberg-Bonn.
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. Zernke.

Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande: Prof. Dr. Hildebrand, Kreisarzt und Chefarzt des Reservelazaretts in Marburg.

Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande: Marine-Assistenzarzt Herbert Spancken, auf S. M. S. Posen, Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Spancken, Kreisarzt in Meschede (Reg.-Bez. Arnsberg).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Marinestabsarzt Dr. Ludwig Baade-München.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Otto Burckhardt-Dresden (infolge von Krankheit gestorben).
General- und Korpsarzt Dr. v. Ilberg-Berlin (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Rudolf Kaufmann-Kastell (Unterfranken).
Assistenzarzt d. Res. Dr. v. Koch-Gottmannsgrün.
Feldunterarzt V. Kruszka.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wilhelm Löhe-Bühlerthal (Baden).
Oberarzt Dr. Rolf Lutz-München.
Assistenzarzt d. Res. Dr. D. Nicol-Dietenhofen bei Nürnberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hugo Wilhelm Reye-Hambnrg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Rud. Rosenfeld-Breslau.
Generalarzt a. D. Dr. Rothamel, Garnisonarzt in Metz (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Philipp Schick-Burbach (Reg.-Bez. Arnsberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Schott-Karlsruhe.
Stabsarzt d. R. Dr. G. Steinmann-Niederschreiberhau (Rgbz. Liegnitz).
Marinestabsarzt d. Res. Dr. O. Voretzsch, Polizeiarzt in Hamburg.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 11. bis 24. Juni 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Fleckfieber, Cholera, Trichinose, Rotz, Aussatz, Tollwut, Milzbrand: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 4 (—), 15 (—); Pocken: 4 (—), 24 (5); Unterleibstyphus: 141 (9), 188 (15); Ruhr: 30 (5), 41 (3); Diphtherie: 1640 (108), 1687 (96); Scharlach: 1155 (54), 1199 (54); Kindbettfieber: 58 (17), 56 (24); Genickstarre: 18 (8), 5 (5); spinaler Kinderlähmung: — (—), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 35, 78; Tuberkulose (gestorben): 877, 800.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 15. Ausgegeben am 5. August 1916.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: Prof. Dr. Edinger, Direktor des neurologischen Instituts und Prof. Dr. Sioli, Direktor der psychiatrischen Klinik in Frankfurt a. M.; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Dr. Siemens, bisher Direktor der Provinzialirrenanstalt in Lauenburg



in Pommern; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. Brinkstein in Culm.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Max Richter in Waldenburg zum Kreisarzt des Kreises Münsterberg i. Schl., der a. o. Professor Dr. Sobotta in Würzburg zum ordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Königsberg i. Pr., Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack, Vorsteher der staatlichen Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in Berlin und Hilfsarbeiter in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern zum ständigen Hilfsarbeiter bei der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; Assistenzarzt Dr. J. Dietrich zum Kreisassistenzarzt des Kreisamtsbezirks Cöln-Nord; Privatdozent Dr. Stolte in Berlin zum außerordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neißer in Breslau.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Bayerische König Ludwig-Kreuz: dem Stabsarzt d. L. Dr. Friedrich Minderlein, Bahnarzt in Berolzheim (Unterfranken), dem Stabsarzt d. L. Dr. Oskar Clessin, Bezirksarzt in Germersheim (Pfalz), dem Bahnarzt Dr. Karl Dürring in Feucht (bei Nürnberg), den Bezirksärzten Dr. Frz. Bernhuber in Landau a. I., Dr. Otto Bischoff in Erlangen, Med.-Rat Dr. Joseph Brinsteiner in Landsberg a. L., Dr. Joseph Bschorer in Memmingen, Dr. Wilh. Raab in Ansbach.

Gestorben: Bezirksarzt Dr. P. Werner in Gerolzhofen.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Dr. Hösel, Direktor der Landesanstalt Zschadraß zum vortragenden Rat im Ministerium des Innern.

Versetzt: Med.-Rat Dr. Dehio, Direktor der Landesanstalt Colditz, in gleicher Eigenschaft an der Landesanstalt Zschadraß unter vorläufiger Beibehaltung der Leitung der Colditzer Anstalt.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt zu Professoren: Dr. med. Martin Mayer und Dr. phil. W. Buttenberg, wissenschaftliche Assistenten am Institut für Schiffs- und Tropenhygiene.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die **Bezirksarztstelle** in **Gerolzhofen.** Bewerbungen sind bei der Königlichen Regierung, Abt. des Innern, einzureichen, die für den Wohnort des Bewerbers zuständig ist.

29. Jahrg. **Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.** 1916.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 15.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Aug.

Zur Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs.

Von Kreisarzt Dr. **O. Kurpjuweit**-Swinemünde, z. Zt. als Stabsarzt im Felde.

Die Schwierigkeiten der Nahrungsmittelversorgung während des gegenwärtigen Weltkrieges werden auch nach dem Kriege noch eine gewisse Zeit bestehen, bis die Zufuhr aus dem Auslande wieder einsetzt und langsam den Bedarf deckt. Die Nahrungsmittelindustrie muß daher noch weiter bemüht bleiben, Ersatzstoffe für die menschliche Nahrung nutzbar zu machen. Damit wird natürlicherweise auch die Nahrungsmittelverfälschung, die ja bekanntlich alle Fortschritte der chemischen Industrie mitmacht, weiter üppig wuchern.

Wie ein Blick in die Tageszeitungen lehrt, häufen sich schon jetzt während des Krieges die gerichtlichen Verhandlungen und Bestrafungen wegen Nahrungsmittelverfälschung. Im Anzeigenteil aller Zeitungen werden täglich neue Ersatzmittel angepriesen, die gewöhnlich nichts anderes, als grobe Nahrungsmittelverfälschungen sind. Im Interesse des allgemeinen Volkswohls ist daher eine noch strengere und wirksamere Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs und eine stärkere

Beteiligung der Kreisärzte geboten. Die Bevölkerung muß unter allen Umständen nicht bloß gegen finanzielle, sondern auch gegen gesundheitliche Schädigungen geschützt werden.

Das Arbeitsfeld des Kreisarztes auf dem Gebiet der Nahrungsmittelhygiene ist bekanntlich in grundlegender Form durch das Kreisarztgesetz[1]) festgelegt. Danach hat er die für die Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen zuständigen Behörden zu unterstützen, sowie Mißbräuche, Gesundheitsschädigungen zur Anzeige zu bringen. Revisionen von Herstellungs- und Verkaufsräumen für Nahrungs- und Genußmittel soll der Kreisarzt allerdings nicht aus eigener Initiative, sondern unter Mitwirkung der Polizei vornehmen. Er muß sich jedoch vergewissern, ob die vorgeschriebenen regelmäßigen Untersuchungen von Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen erfolgen, und die dazu erforderlichen Proben in zweckmäßiger Weise entnommen werden. Auch hat er den Verkehr mit Milch und den Betrieb der Mineralwasserfabriken zu beaufsichtigen.

Durch diese Bestimmungen wurde dem Kreisarzt ein weites Arbeitsfeld zugeteilt. Aber nur langsam haben sich die ersten Bemühungen und Bestrebungen der Kreisärzte auf diesem Gebiet bemerkbar gemacht, wie man aus den Berichten über das Gesundheitswesen des Preußischen Staates schließen kann.

Zunächst nahmen die Kreisärzte nur gelegentlich Besichtigungen der Nahrungsmittelbetriebe vor.[2]) Gewöhnlich überließ man diese Arbeit und die Probeentnahme der Polizei und den vorhandenen Nahrungsmitteluntersuchungsämtern. Regelmäßige Untersuchungen wurden aus Furcht vor den Untersuchungskosten gescheut und unterlassen. Allmählich machte sich jedoch das Bestreben bemerkbar, die Nahrungsmittelbetriebe hygienisch einwandsfreier und ihre Beaufsichtigung wirksamer zu gestalten. Es erschienen an einzelnen Orten Polizeiverordnungen, die das Betasten von Lebensmitteln in den Verkaufsräumen, sowie die Benutzung der Verkaufsräume als Schlafräume verboten. Dank der gründlichen Untersuchungen in einzelnen Regierungsbezirken[3]) erkannte man ferner, daß die Fleischereien und Molkereien recht häufig der Ort der Nahrungsmittelverfälschungen waren. Infolgedessen wurden gerade diese Betriebe bei den alle fünf Jahre wiederkehrenden hygienischen Ortsbesichtigungen von den Kreisärzten besonders eingehend gemustert. Auch auf die Ueberwachung der Wochenmärkte richtete die Polizei vielfach ihr Augenmerk.

Im Reg.-Bez. Münster stellte man fest, daß gerade das Hackfleisch und die Würste von den Fleischern durch chemische Zusätze verfälscht wurden, um eine frische Beschaffenheit der Wurst und des Hackfleisches vorzutäuschen.

---

[1]) § 77—81 der Dienstanweisung vom 1. September 1909.
[2]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1901.
[3]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1903.

In anderen Regierungsbezirken wie Potsdam, Frankfurt, Schleswig, Düsseldorf wurde schärfer auf dem Gebiete der Nahrungsmittelkontrolle vorgegangen, so daß in diesen 4 Bezirken jährlich 13000 Proben mehr untersucht wurden als in den gesamten übrigen Regierungsbezirken.

Auch die Zahl der Untersuchungsanstalten nahm zu; sie betrug im Jahre 1904 insgesamt 41, davon entfielen auf den östlich der Elbe liegenden Teil der Monarchie 8, auf den westlichen Teil dagegen 33.

Die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaues der Nahrungsmittelkontrolle wurde somit immer mehr anerkannt und führte zur Erweiterung der bisherigen polizeilichen Bestimmungen und Polizeiverordnungen über den Verkehr mit Milch, über die Beschaffenheit der Bierdruckapparate, über den Verkehr mit Selterwasser usw.

Einen wesentlichen Fortschritt auf diesem Gebiete brachte der Ministerial-Erlaß vom 20. September 1905, durch den eine regelmäßige Nahrungsmittelüberwachung für alle städtischen und ländlichen Gemeinden angeordnet wurde. Die Polizeibehörden hatten jährlich eine bestimmte Zahl von Proben zur Untersuchung einzusenden. Wo zuverlässige Untersuchungsanstalten nicht vorhanden waren, sollten sie geschaffen werden; bereits bestehende Anstalten sollten weiter ausgebaut werden. Die Entnahme von Proben sollte tunlichst durch geschulte Polizeiorgane stattfinden.

Infolge dieses Erlasses erfuhr die Zahl der von Kommunalverwaltungen und Landwirtschaftskammern errichteten Untersuchungsämter einen erfreulichen Zuwachs und stieg im Jahre 1906 auf insgesamt 47, davon im Osten 11, im Westen 36. Ihre Wirksamkeit sowie eine straffere Handhabung der Vorschriften machte sich auch gleich insofern bemerkbar, als die Zahl der Beanstandungen wesentlich zunahm; im Regierungsbezirk Frankfurt[4]) stieg sie auf 8,6 % bei der Entnahme der Proben durch die Polizei und auf 18,4 % bei der Entnahme durch die Untersuchungsanstalt.

Bei diesen Beanstandungen hielt man es zunächst nicht für empfehlenswert, gleich mit gerichtlichen Strafen gegen die Nahrungsmittelverfälscher vorzugehen, sondern man begnügte sich vorläufig mit Verwarnungen. Im Wiederholungsfalle ging man aber gegen die Nahrungsmittelfälscher recht energisch vor, indem man ihre Bestrafung herbeiführte und Verurteilungen in der Zeitung veröffentlichte. In Berlin wurden sie an den Anschlagsäulen in dem Bezirk bekannt gemacht, in dem der Betreffende wohnte.

Die Arbeit der Untersuchungsämter wuchs rasch, besonders in den Industriegegenden, da gerade hier eine häufigere Einsendung von Nahrungsmittelproben sich als notwendig erwies. Ihre Unterhaltungskosten wurden dadurch etwas verringert, daß

---

[4]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1906.

die gerichtlich verhängten Geldstrafen nach dem Nahrungsmittelgesetz vom 15. Mai 1879 dem Untersuchungsamt zufallen, das die Untersuchung vorgenommen hat.

Je umfangreicher sich nun die Nahrungsmittelkontrolle gestaltete, desto mehr stellte sich heraus, daß die Probeentnahme durch Nahrungsmittelchemiker weit häufiger zu Beanstandungen führte, als die durch Polizeibeamte. In Insterburg[5]) ergaben die Untersuchungen in Stadt und Land bei Entnahme der Proben durch Polizeibeamte 16,9 bis 17,3 %, durch Chemiker dagegen 33,9 bis 61,7 % Beanstandungen. Man empfand daher bald, daß die Polizeibeamten ohne eine besondere Anleitung nicht imstande waren, die Proben bei der Entnahme in der richtigen Weise auszuwählen. Um diesem Mangel abzuhelfen, richteten verschiedentlich Vorsteher von Untersuchungsanstalten, z. B. in Reichenbach, Kottbus, Hannover und Kassel, kurzfristige Kurse für Polizeibeamte ein. Außerdem beteiligten sich die Vorsteher der Untersuchungsämter immer mehr nicht nur an der Kontrolle der eigentlichen Nahrungsmittelhandlungen, sondern auch der Wochenmärkte, der Kolonialwarenhandlungen usw. Ferner wurden die Fleischerläden, Fleischmärkte nach dem Ministerialerlaß vom 17. August 1907 durch die Polizeibehörden und die beamteten Tierärzte einer regelmäßigen Revision unterzogen. Wo beamtete Tierärzte nicht vorhanden waren, nahmen tierärztliche Fleischbeschauer oder Laien-Fleischbeschauer diese Besichtigungen vor.

Weitere Fortschritte brachten auf dem Gebiete der Nahrungsmittelhygiene Polizeiverordnungen, durch die z. B. die gleichzeitige Benutzung von Schlafzimmern und Krankenzimmern zur Aufbewahrung von Nahrungsmitteln, das Betasten und unbeschützte Ausstellen von Nahrungsmitteln, das Mitbringen von Hunden in Nahrungsmittelgeschäfte, die Verwendung beschriebenen und bedruckten Papiers zum Einwickeln, das Kneten von Brotteig mit den Füßen verboten, sowie die Beförderung von Fleisch in zweckentsprechender Weise geregelt wurde.

Die strenge Durchführung aller dieser Bestrebungen und Vorschriften wurde leider durch die hohen Untersuchungskosten etwas behindert; dasselbe galt auch betreffs der Probeentnahme durch Chemiker der Untersuchungsämter, obwohl diese, um die Kosten zu verringern, ihre Reisen als Weinkontrolleure, als Revisoren von Drogenhandlungen, Selterwasserfabriken auch zur Entnahme von Nahrungsmittelproben benutzten.[6]) Blieb die Entnahme der Proben lediglich Polizeibeamten überlassen, so wurden von verschiedenen Untersuchungsämtern wenigstens gedruckte Belehrungen über die hierbei zu beachtenden Vorschriften verteilt.

Trotz aller dieser Belehrungen, trotz der Unterweisungs-

[5]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1907.
[6]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1908.

kurse für Polizeibeamte und Gendarme machte man aber immer wieder die Beobachtung, daß die Probeentnahme durch Chemiker am wirksamsten war. So wurden im Regierungsbezirk Frankfurt bei der Probeentnahme durch Chemiker 14,2 %, durch Polizei dagegen nur 7 % der Proben beanstandet.

Bei den Besichtigungen, die in manchen Bezirken auch auf Gast- und Schankwirtschaften ausgedehnt wurden, hörte man nun oft die Ausrede, daß die vorgefundenen schlechten oder verfälschten Nahrungsmittel nur zum eigenen Gebrauch dienen oder nicht mehr verkauft werden sollten. Um diesem Einwand zu begegnen, wurde in verschiedenen Städten des Regierungsbezirks Düsseldorf durch Polizeiverordnung bestimmt, daß in Verkaufsräumen nur verkäufliche Waren vorrätig gehalten werden sollten. Als recht wirksam gegen derartige Ausreden haben sich auch Geheimankäufe durch Polizeibeamte in Zivil erwiesen, die naturgemäß nur in größeren Städten vorgenommen werden können.

Da die Verkäufer nicht selten lediglich aus völliger Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen verfälschte Nahrungsmittel feilbieten, hat man an einzelnen Orten, z. B. in Halberstadt[7]), bei den Untersuchungsämtern Sprechstunden zur Beratung von Gewerbetreibenden eingerichtet, oder, wie im Reg.-Bezirk Minden[8]), Merkblätter an diese verteilt.

Im Jahre 1910 konnte erfreulicherweise in dem Bericht über das Gesundheitswesen in Preußen berichtet werden, daß eine geregelte Nahrungsmittelkontrolle nunmehr über das gesamte Staatsgebiet durchgeführt ist. Um diese einheitlicher zu gestalten, wurden dann durch den Ministerial-Erlaß vom 2. März 1910 allgemeine Grundsätze aufgestellt und gleichzeitig die Beaufsichtigung der Untersuchungsanstalten geregelt.

Eine Mitwirkung der Kreisärzte bei der Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs hat sich bis jetzt allgemein nur auf Besichtigungen von Nahrungsmittelhandlungen usw. erstreckt, die gelegentlich von Ortsbesichtigungen, Gesundheitskommissionssitzungen, bei Ermittlung übertragbarer Krankheiten vorgenommenen wurden. Der Wunsch einzelner Kreisärzte, sich noch weitgehender an der Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs zu beteiligen, ist nur an einigen Orten insofern erfüllt worden, als z. B. im Reg.-Bez. Posen[9]) in zwei Städten der Kreisarzt sämtliche Nahrungs- und Genußmittelhandlungen besichtigte. Mehrfach haben auch die Kreisärzte, z. B. im Reg.-Bezirk Köslin, den Antrag gestellt, daß die Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten ihnen alle Beanstandungen zwecks Besichtigung der Betriebe mitteilen sollten.

Die weitere und wirksamere Entwicklung der Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs hat naturgemäß auch eine Vermehrung der Untersuchungsanstalten zur Folge gehabt,

---

[7]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1909.
[8]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1910.
[9]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1911.

deren Gesamtzahl bis zum Jahre 1912[10]) auf 86 gestiegen ist, davon 21 im Osten und 65 im Westen der Monarchie. Weiterhin sind gemäß dem bereits erwähnten Ministerial-Erlaß vom 3. März 1910 in vielen Reg.-Bezirken Polizeibeamte für die Probeentnahme ausgebildet und auch praktische Untersuchungskurse wiederholt in den Polizeischulen in Kottbus, Halberstadt, ferner in den Untersuchungsämtern in Magdeburg, Kiel, Arnsberg, Kassel abgehalten worden. Auch auf den Dienstversammlungen der Gendarme im Regierungsbezirk Lüneburg hat der Vorsteher des Untersuchungsamts Vorträge über die einschlägigen Gesetze, die zweckmäßige Auswahl der Proben usw. gehalten.

Nach zwölfjähriger Wirksamkeit des Kreisarztgesetzes, nach siebenjährigem Bestehen des wichtigen Ministerialerlasses vom 20. September 1905 betr. Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs kann somit überall ein außerordentlicher Erfolg der Bemühungen aller beteiligten Behörden festgestellt werden. Immerhin besteht auch heute noch zwischen dem Osten mit seinen mehr ländlichen Bezirken und zwischen dem industriereichen Westen ein wesentlicher Unterschied.

Die Zahl der Untersuchungsanstalten ist im Westen eine wesentlich höhere und damit die Kontrolle eine wirksamere. Die Untersuchungsanstalten liegen auch viel näher beieinander; ihre Vorsteher und Assistenten können daher häufiger zur Probeentnahme reisen, da die entstehenden Kosten bei den kürzeren Entfernungen keine so erheblichen, wie im Osten sind, wo mitunter eine Provinz nur eine Untersuchungsanstalt hat. Desgleichen werden von ihnen hier häufiger Vorträge zur Unterweisung der Polizeiorgane über Nahrungsmittelverfälschung und eine zweckmäßige Probeentnahme gehalten. Außerdem besteht im Westen weniger Scheu vor den Kosten für häufigere Nahrungsmitteluntersuchungen in der Erkenntnis, daß eine Versorgung mit unverfälschten Nahrungsmitteln für die volksreichen Industriegegenden von größter Wichtigkeit ist. Wie für alle sonstigen hygienischen Bestrebungen wird deshalb hier auch für die Nahrungsmittelhygiene das erforderliche Geld leichter aufgebracht.

Im Osten mußten sich dagegen größere Bezirke vereinen, um Nahrungsmitteluntersuchungsämter zu gründen und zu unterhalten; auch die Kostenfrage spielt eine sehr wichtige Rolle, so daß es nicht zu verwundern ist, wenn hier eine wirksame Ausgestaltung der Nahrungsmittel-Kontrolle viel später als im Westen eingesetzt hat.

Im Regierungsbezirk Stettin wurden erst vom 1. Oktober 1908 ab regelmäßige Untersuchungen von Nahrungs- und Genußmitteln durch die Auslandfleischbeschaustelle in Stettin eingeführt. Zunächst war das Interesse für diese Einrichtung ein recht erfreuliches; später war das Interesse ein geringeres,

[10]) Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates 1912.

wie auch die nachstehende Uebersicht für den Kreis Usedom-Wollin ergibt:

Berichtsjahr	Eingesandte Proben				Beanstandungen		Bestrafungen
	insgesamt	Nahrungsmittel	Genußmittel	Gebrauchsgegenstände		%	
1909	1169	1053	99	17	53	4,5	13
1910	768	705	47	16	16	2,0	3
1911	684	494	135	5	28	4,4	2
1912	679	603	64	12	47	6,9	24
1913	638	583	49	6	14	2,1	3

Bei den aus dem Kreis eingesandten Nahrungsmitteln hat es sich hauptsächlich um Milch gehandelt. Unter dem ersten Einfluß der verschärften Nahrungsmittelkontrolle waren die Milchverfälschungen für kurze Zeit zurückgegangen. Gerade die Milchversorgung spielt aber im Sommer auf den Inseln Usedom-Wollin eine wichtige Rolle, denn die 14 Badeorte wurden vor dem Kriege jährlich von rund 140000 Badegästen, darunter sehr viele Kinder, besucht. Da nun die häufigen Besichtigungen der Milchhandlungen neben groben hygienischen Mißständen die Tatsache ergaben, daß die Milchpantscherei noch weiter flott blühte, erschien es notwendig, eine gründlichere Ueberwachung und eine zweckmäßigere Probeentnahme in die Wege zu leiten. Ein Versuch, die Polizeibeamten zu einem Unterweisungskursus an das Untersuchungsamt in Stettin zu senden, scheiterte an den Kosten. Dagegen waren die Polizeibehörden bereit, je einen älteren Polizeibeamten, der ständig mit der Probeentnahme beauftragt war, zu einer Unterweisung nach der Kreisstadt zu entsenden. Infolgedessen habe ich im Frühjahr 1912 für Polizeibeamte und Gendarme einen kurzen Unterweisungskursus abgehalten. Es wurden hierbei die gesetzlichen Bestimmungen, die wichtigsten Nahrungsmittelverfälschungen und die Art der Probeentnahme besprochen. Einige Schwierigkeiten machte dabei die Beschaffung geeigneter Proben von verfälschten Nahrungsmitteln und gebräuchlicher Verfälschungsmittel zur Demonstration.

Der Erfolg dieser Unterweisung war jedoch unverkennbar; denn die Zahl der Beanstandungen von entnommenen Nahrungsmittelproben stieg von 4,4 % im Jahre 1911 auf 6,9 % im Jahre 1912, und die Zahl der Bestrafungen von 2 auf 24. 19 Milchhändler wurden wegen Milchpantscherei gerichtlich bestraft, ferner drei Fleischer, weil sie Präservesalz — Hydrinsalz — das schweflige Säure enthält, zu Hackfleisch hinzugesetzt hatten.

Auf die Nahrungsmittelhändler machten diese zahlreichen Bestrafungen einen großen Eindruck. Ebenso wie nach der ersten Durchführung der Nahrungsmitteluntersuchungen im Jahre 1909 sank im Jahre 1913 die Zahl der Beanstandungen auf 2,1 % und die Zahl der Bestrafungen auf 3.

Im Frühjahr 1914 wurde der Belehrungskursus wiederholt; das Interesse der Polizeibeamten war auch hier wieder ein recht reges. Der Einfluß dieser wiederholten Belehrung konnte infolge des Kriegsausbruchs nicht mehr festgestellt werden.

Immerhin kann aber schon nach dieser geringen Erfahrung gesagt werden, daß für derartige Belehrungen ein dringendes Bedürfnis vorliegt.

Wo die Abhaltung solcher Unterrichtskurse durch Chemiker Schwierigkeiten macht, sollten die Medizinalbeamten sich die Mühe nicht verdrießen lassen und die Kurse abhalten. Sie bekommen dadurch einen größeren Einfluß auf das so wichtige Gebiet der Nahrungsmittelhygiene und erfahren dabei manches über Nahrungsmittelverfälschung im Kreise, was ihnen sonst unbekannt bleibt.

Auch bei dieser Unterweisung empfand ich es wieder nur von neuem, daß es für den Medizinalbeamten sehr schwierig ist, sich über die gebräuchlichen Nahrungsmittelverfälschungen zu unterrichten und auf dem Laufenden zu halten. Die ihnen zur Verfügung stehenden Zeitschriften bringen über Nahrungsmittelverfälschungen sehr wenig. Es wäre daher dringend erwünscht, daß bei den Fortbildungskursen für Medizinalbeamte dieses Kapitel eingehender behandelt wird. Ferner wäre es zweckmäßig, wenn von berufener Seite jährlich ein Bericht über neue Nahrungsmittelverfälschungen den Medizinalbeamten zugänglich gemacht würde.

Es empfehlen sich ferner öffentliche Warnungen durch die Zeitungen, wie sie so häufig auf Veranlassung des Polizeipräsidiums in Berlin über den Schwindel mit Geheimmitteln erscheinen, zur Belehrung weiterer Kreise angebracht.

Neben dieser Erweiterung der belehrenden Tätigkeit der Kreisärzte, die aus bereits erwähnten Gründen wohl nur für den Osten in Betracht kommt, scheint mir aber auch sonst eine stärkere Betätigung der Kreisärzte im gesamten Staate bei der Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs sehr erwünscht.

Ebenso wie für die Beurteilung eines Trinkwassers nicht allein das Ergebnis der chemischen Untersuchung, sondern auch das der örtlichen Besichtigung maßgebend ist, sollte man auch bei der Nahrungsmittelkontrolle nicht ausschließlich Gewicht auf die chemische Untersuchung der Probe, sondern auch auf die örtliche Besichtigung der Nahrungsmittelbetriebe legen. Zu diesem Zwecke müßte ein engerer Zusammenhang, ein gedeihlicheres Zusammenarbeiten zwischen den Nahrungsmitteluntersuchungsämtern und den Kreisärzten eingeleitet werden. Jede Beanstandung einer Probe wäre umgehend dem betreffenden Kreisarzt mitzuteilen, damit dieser sofort eine Untersuchung des betreffenden Nahrungsmittelbetriebes vornimmt. Nur auf diese Weise kann eine wirksame Ueberwachung erreicht werden. Ferner müßte ein jährlicher Bericht der zuständigen Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten über die im Bezirk festgestellten Nahrungsmittelverfälschungen sämtlichen beteiligten Kreisärzten zugänglich gemacht werden, damit diese über das, was ihren Kreis auf diesem Gebiete angeht, das Erforderliche erfahren.

Der Kreisarzt müßte aber auch selbst viel stärker als

bisher an der Beaufsichtigung des Nahrungsmittelverkehrs beteiligt werden. Die alle fünf Jahre wiederkehrende Besichtigung von Fleischereien, Bäckereien bei den Ortsbesichtigungen genügt nicht, um diese Betriebe wirksam zu überwachen. Bei den Badeorten hat man allerdings gelegentlich der jährlichen Besichtigungen häufiger Gelegenheit, derartige Betriebe zu besichtigen; auch gelegentlich der Sitzungen der Gesundheitskommissionen können Nahrungsmittelbetriebe besichtigt werden; dies ist jedoch nicht immer ausreichend. Jedenfalls bedürfen verdächtige Betriebe einer häufigeren Besichtigung, um zu verhüten, daß der alte Schlendrian nicht wieder eingerissen ist, was besonders sehr häufig bei Fleischereien der Fall ist. Es erscheint daher dringend erwünscht, daß die jährliche Besichtigungspflicht ebenso wie auf die Drogenhandlungen, Selterwasserfabriken, Molkereien, auch auf alle Nahrungsmittelbetriebe ausgedehnt wird. Das Arbeitsfeld des Kreisarztes würde dadurch in vielen Kreisen eine oft wünschenswerte Erweiterung erfahren, durch die er außerdem einen maßgebenden und nur im Interesse des Allgemeinwohles liegenden Einfluß auf diesem Gebiete erhalten würde.

In den Bezirken, in denen zahlreichere Untersuchungsämter vorhanden sind und die Arbeitslast der Kreisärzte an und für sich sehr groß ist, könnte den Nahrungsmittelchemikern die Kontrolle allein überlassen werden, jedoch müßte dem Kreisarzt auch hier der nötige Einfluß durch gelegentliche Beteiligung bei derartigen Besichtigungen gewahrt bleiben. Bei den Besichtigungen sind die begleitenden Polizeibeamten zur Entnahme der erforderlichen Proben unter Aufsicht der Kreisärzte oder Nahrungsmittelchemiker mit heranzuziehen; auf diese Weise würde sich auch die Probeentnahme durch diese Beamte wirksamer gestalten lassen.

Die Kosten der Besichtigungen fallen ebenso wie die für Besichtigungen von Drogenhandlungen, Selterwasserfabriken usw. der Polizei zur Last; sie werden nicht sehr erheblich sein, wenn die Besichtigungen nach Möglichkeit gelegentlich oder in Form von Rundreisen durch mehrere Polizeibezirke (Amtsbezirke) ausgeführt werden. Jedenfalls dürfte der zu erwartende Fortschritt in der Verbesserung der Nahrungsmittelversorgung die aufgewandten Kosten durchaus lohnen.

Neben diesen Bestrebungen, den Käufer vor Schaden zu schützen, sollte man sich aber auch bemühen, den Kaufmann selbst vor Uebertretungen des Gesetzes zu bewahren. Nicht selten werden Nahrungsmittel oder Genußmittel beanstandet, die der betreffende Kaufmann als einwandsfrei vom Großhändler oder von der Fabrik bezogen hat. Durch Belehrungen in der Tagespresse über derartige Verfälschungen sowie durch Merkblätter über die wichtigsten gesetzlichen und polizeilichen Bestimmungen könnte dieser unter den Nahrungsmittelhändlern oft vorhandenen Unkenntnis entgegengetreten werden.

Kurz zusammengefaßt erscheinen mir daher folgende Maß-

nahmen zur Verbesserung der Nahrungsmittelüberwachung empfehlenswert:

1. Fortlaufende Unterrichtung der Kreisärzte über Nahrungsmittelverfälschungen durch Kurse und Veröffentlichungen.

2. Engere Zusammenarbeit zwischen Nahrungsmitteluntersuchungsämtern und Kreisärzten.

3. Unterweisung der Polizeibeamten in der Probeentnahme durch Nahrungsmittelchemiker oder, wenn das nicht möglich ist, durch Kreisärzte.

4. Häufigere Besichtigung **aller** Nahrungsmittelbetriebe durch die Kreisärzte.

5. Aufklärung der Verkäufer und Käufer durch die Tagespresse über Nahrungsmittelverfälschungen sowie Verteilung von Merkblättern über die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen an die Nahrungsmittelhändler.

Schädigung der Atmungsorgane durch gewerblichen Staub.

Von Dr. med. **Karl Opitz**, Kreisarzt in Peine.

Wie schädlich der in gewissen Gewerbebetrieben erzeugte Staub auf die Atmungsorgane der dem Staub ausgesetzten Arbeiter einwirkt, ist bekannt; dagegen ist die Frage, inwieweit eine ungewöhnliche Staubentwicklung über die engere Arbeitsstätte hinaus die Gesundheit der Einwohner industrieller Ortschaften schädigen kann, noch sehr umstritten. Es ist ja auffallend, daß nach den Angaben der Medizinalstatistischen Nachrichten im Jahre 1912 die Todesfälle an nichttuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich Lungenentzündung in den beiden industriellen Regierungsbezirken Oppeln und Arnsberg mit 2,9 und 2,6 auf je 1000 Einwohner berechnet, besonders hoch und in dem landwirtschaftlichen Regierungsbezirke Aurich mit 1,5 besonders niedrig waren; dagegen erreichten sie auch in den vorwiegend ländlichen Bezirken Gumbinnen und Hildesheim die Zahl 2,5 und standen in dem ausschließlich großstädtischen Landespolizeibezirk Berlin nur auf 1,8. Die zahlreichen, die Sterblichkeit an den genannten Krankheiten beeinflussenden Faktoren, besonders die Witterungseinflüsse, sind so unübersehbar, daß ein Vergleich verschiedener Gegenden fast ausgeschlossen ist.

Wollte man den Beweis liefern, daß industrielle Staubentwicklung auch größere Kreise der Bevölkerung schädigen kann, so müßte man einen Versuch im großen machen, indem man einen bestimmten, abgegrenzten Bezirk für eine gewisse Zeit der Einwirkung ungewöhnlich großer Staubmengen aussetzte; wenn sich dann zeigte, daß während der Versuchsdauer die Sterblichkeit an nicht-tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane höher wäre, als vor und nach dem Versuche, so würde man die vorübergehende ungewöhnlich starke Staubeinwirkung als Ursache dieser Steigerung ansprechen können. Indessen könnte immer noch der Einwand geltend gemacht

werden, daß vielleicht zufällig während der Versuchszeit besonders ungünstige Witterungsverhältnisse geherrscht hätten; dieser Einwand ließe sich aber entkräften, wenn gezeigt wird, daß in den dem Versuche nicht unterworfenen Nachbarbezirken solche ungewöhnliche Witterungseinflüsse nicht zur Geltung gekommen sind.

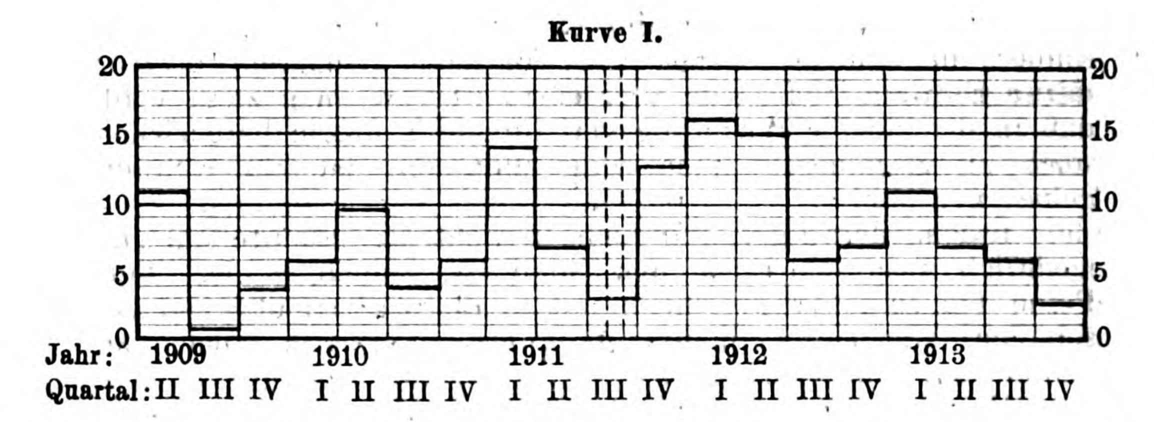
Einen derartigen Versuch absichtlich anzustellen, ist natürlich ausgeschlossen; der Zufall hat jedoch in der Stadt Peine ein solches Experiment mit so klaren Verhältnissen geschaffen, wie sie wohl nur ganz ausnahmsweise wieder zu beobachten sein würden.

Das frühere, kleine Landstädtchen Peine ist im Laufe einiger Jahrzehnte durch das Wachsen seines Eisenwalzwerkes zu einer lediglich von diesem abhängigen Industriestadt von 17000 Einwohnern geworden. Das Walzwerk bezieht sein Eisen aus der 7 km entfernten Ilseder Hütte. Im Jahre 1911 trat im Betriebe des Werks insofern eine umwälzende Aenderung ein, als seitdem das Eisen nicht mehr in fester Form, sondern flüssig in großen Behältern angeliefert wird. Mit diesem Wechsel änderte sich auch die weitere Eisenverarbeitung wesentlich; alsbald wurden die dem Werke benachbarten Teile der Stadt, die natürlich auch vorher schon durch Rauch und Staub des Werkes bis zu einem gewissen Grade belästigt worden waren, zeitweise mit wahren Regenschauern feiner Staubkörnchen von vorwiegend phosphor- und kohlensaurem Kalk überschüttet. Es konnte nicht ausbleiben, daß zahlreiche Beschwerden über diese erhebliche Belästigung einliefen. Daraufhin hat sich das Walzwerk in anerkennenswerter Weise bemüht, die Unzuträglichkeiten möglichst zu verringern, und zwar durch Verbesserung der Verarbeitungsmethoden und durch Errichtung sehr umfangreicher und kostspieliger Entstaubungsanlagen. Immerhin verging annähernd ein Jahr, bis die Versuche zur Abstellung der Mißstände Erfolg hatten. Seitdem überschreitet die Staubbelästigung durch das Walzwerk die früheren Grenzen nicht mehr.

Wie verhielt sich nun der Gesundheitszustand der Stadt Peine besonders bezüglich der Schädigung der Atmungsorgane gegenüber dieser kurzdauernden außerordentlichen Staubbelästigung? Da eine Morbiditätsstatistik hier ebenso wenig möglich ist, wie anderwärts, können nur die Sterbefälle an nicht-tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich der Lungenentzündung berücksichtigt werden; ihre Zahl ist aus der Kurve I zu ersehen; es ist ersichtlich, daß in den der Betriebsänderung folgenden vier Vierteljahren erheblich mehr Personen an den fraglichen Krankheiten gestorben sind, als je vorher oder nachher, nämlich 50 gegenüber 24—31 in gleichen sonstigen Zeiträumen.

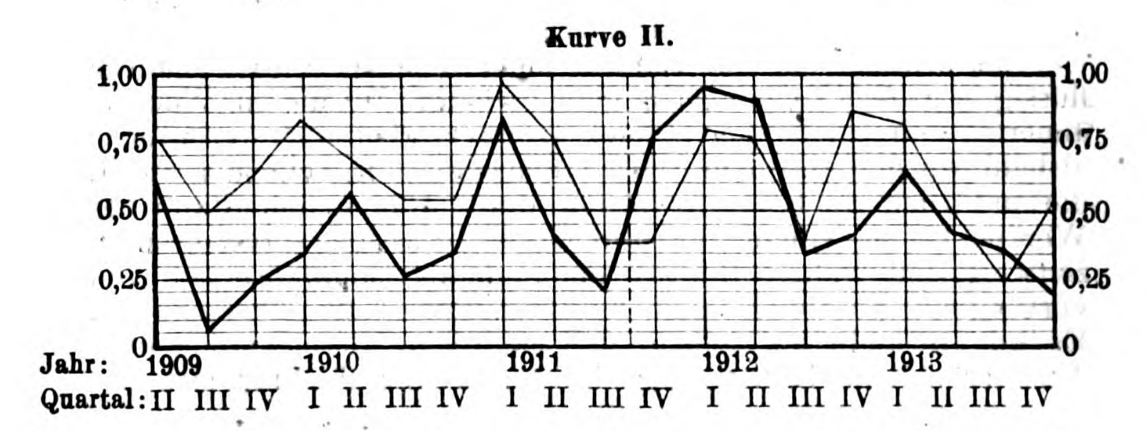
Um den oben bereits angeführten Einwand, daß nämlich in der Zeit höherer Sterblichkeit vielleicht besonders ungünstige Witterungseinflüsse im Spiele gewesen sein könnten, zu widerlegen, sind die Sterbefälle an den fraglichen Krankheiten in

Kurve I.



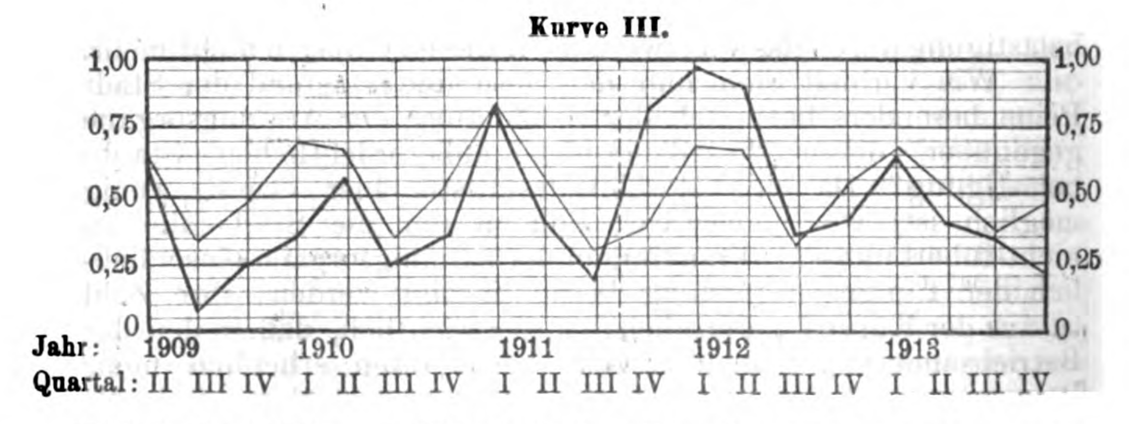
Zahl der Sterbefälle an nicht-tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich der Lungenentzündung in der Stadt Peine in absoluten Zahlen. -------Eintritt der ungewöhnlichen Staubbelästigung.

Kurve II.



Zahl der Sterbefälle an nicht-tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich der Lungenentzündung in der Stadt Peine (———) und in der Stadt Hildesheim (———), berechnet auf je 1000 Einwohner. ------Eintritt der ungewöhnlichen Staubbelästigung in Peine.

Kurve III.



Zahl der Sterbefälle an nicht-tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich der Lungenentzündung in der Stadt Peine (———) und in den sämtlichen Städten des Regierungsbezirks Hildesheim zusammen (———), berechnet auf je 1000 Einwohner. ----- Eintritt der ungewöhnlichen Staubbelästigung in Peine.

der Stadt Peine mit denen der nächstbenachbarten Mittelstadt Hildesheim und mit denen aus sämtlichen Städten des Regierungsbezirks Hildesheim verglichen worden; man kann wohl annehmen, daß die Witterungsverhältnisse in diesen Vergleichsorten im allgemeinen nicht wesentlich von denen der Stadt Peine abweichen; die Sterbefälle sind zur leichteren Vergleichung in den Kurven II und III nicht als absolute Zahlen, sondern auf je 1000 Einwohner berechnet wiedergegeben. Aus diesen beiden Kurven geht hervor, daß zwar im allgemeinen die Sterblicheit an nicht-tuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich der Lungenentzündung in der Stadt Peine etwas niedriger ist als in der Stadt Hildesheim oder in allen Städten des Regierungsbezirks Hildesheim zusammengenommen, daß sie aber die genannten Vergleichsstädte eine gewisse Zeit hindurch nicht unwesentlich übertrifft, und zwar lediglich in dem Zeitraume, der der ganz ungewöhnlich starken Staubbelästigung folgt.

Natürlich sind die Zahlen einer kleinen Stadt viel zu gering, als daß sie in einer so schwierigen Frage unbedingte Beweiskraft beanspruchen könnten; auch wird nicht verkannt, daß sich wohl in mancher Richtung gewisse Einwände geltend machen ließen; immerhin kann das in Peine unter ungewöhnlich einfachen Verhältnissen gemachte unbeabsichtigte Experiment zur Stütze ähnlicher Forschungsergebnisse dienen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Die Simulation von Ohrenkrankheiten. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. G. Alexander, Chefarzt der VI. Abteilung des Garnisonspitales 2. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 18 und 19.

Herdweises Auftreten höherer Grade von Simulation hat Verfasser einmal bei 20 Rekruten ein- und desselben Regiments beobachtet. Sie stammten sämtlich aus benachbart liegenden Dörfern in einem von Wien abgelegenen Teile der österreichischen Monarchie und waren durch äußere Einflüsse gut vorbereitete, verstockte Simulanten, die in einer anderen Anstalt mit größtem Erfolge ihrer Simulation Glauben verschafft hatten. Die Leute wurden in kleinen Gruppen in die einzelnen Zimmer der Abteilung verstreut und durch das Pflegepersonal sorgfältig beobachtet. Nachdem ermittelt war, daß sie flüsternd miteinander verkehrten und die Ueberführung eines der Simulanten gelungen war, hatte Dr. A. mit den übrigen gewonnenes Spiel.

Auf die spezialärztliche Untersuchung bei jeder frischen Verletzung ist besonderes Gewicht zu legen; dies lehren auch die Erfahrungen bei Eisenbahnunfällen. Manchmal war bei fehlendem ersten Befund eine traumatische Ursache in Fällen angenommen, die nie von einer Verletzung betroffen waren. Kriegsverletzte Invalide müssen möglichst bald spezialärztlicher Untersuchung zugeführt werden, sonst ist zu befürchten, daß gegen Ende des Krieges therapeutische Institute eröffnet werden, die sich mit Invaliden füllen, ohne daß vorher der Strom der Insassen im frischen Zustand der Verletzung durch ein möglichst diagnostisches Filter gegangen ist, und die unnötige Geldaufwendungen zur Folge haben.

Wertvolle Anhaltspunkte für die Annahme der Simulation oder Aggravation bietet oft schon die genaue Aufnahme der Anamnese. Ueberaus komplizierte, in überflüssige Details sich verlierende, weitschweifige anamnestische Angaben, durch die der zu Untersuchende gewissermaßen eine aus-

reichende Erklärung für sein Leiden vorzubringen sucht, werden den Verdacht auf Vortäuschung wachrufen.

Manche Simulanten verweigern anamnestische Angaben. — Zu den plumpsten Formen der Simulation gehört das Vortäuschen von Eiterfluß in der Anamnese; fast unerklärlich ist es, daß die Aerzte in einem solchen Falle Monate hindurch getäuscht werden konnten. Die Ursache liegt in der Unerfahrenheit der Untersucher.

Der Gang der Untersuchung eines Simulanten soll sich in nichts von dem wirklich Kranker unterscheiden. Der Arzt muß eine ausreichende Kenntnis des normalen und pathologischen Trommelfellbildes besitzen; er muß alle Einzelheiten der Funktionsprüfung und zwar sowohl des Kochlear-, als des Vestibularapparates vollkommen beherrschen. Der Bestimmung der Hörschärfe für Sprache kommt besondere Bedeutung zu. Bei der Funktionsprüfung mit Stimmgabeln ergänzen sich die Einzelbefunde bei wirklich Ohrkranken einander logisch; bei Simulation widerspricht ein Befund dem anderen. Auch bei größter Erfahrung trete der Untersucher unvoreingenommen an die Prüfung heran. Nur bei Bewahrung völliger Ruhe und kühler Ueberlegung ist man imstande, die Zeichen der Simulation richtig zu erfassen. Verhängnisvollen Irrtümern kann auch der Erfahrenste unterliegen, wenn er sich durch irgendwelche Umstände in Affekt bringen läßt. Unbedingt zu verwerfen ist jede rohe oder brutale Behandlung des zu Untersuchenden.

Verfasser gibt eine Reihe interessanter Photographien von Simulanten und Simulationsverdächtigen sowie viele außerordentlich bemerkenswerte Krankengeschichten. Dr. Mayer-Simmern.

Die militärärztliche Beurteilung leichter Herzstörungen. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Determann-St. Blasien. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 23.

Zur militärärztlichen, diagnostischen und prognostischen Beurteilung leichter Herzkrankheiten ist die Herausschälung eines „objektiven Kernes" sehr wichtig. Einzelne diagnostische Ermittelungen bedeuten aber nicht soviel wie die Zusammenlegung aller, wie die sorgfältige Prüfung der Konstitution, die Kenntnis der Vorgeschichte und Erlebnisse der Patienten, wie die Berücksichtigung des Berufes und des Trainings. Durch eine längere Beobachtung, gegebenenfalls mit zwischengeschalteten Kuren, gelingt meist die richtige Entscheidung.

Die Bemessung der Dienstfähigkeit kann oft nicht so sehr von der Feststellung der Abwesenheit einer organischen Herzerkrankung abhängig gemacht worden, als vom Allgemeinzustande und von der Herzleistungsfähigkeit. Zum Beispiel wird ein schwächliches, ungeübtes Herz durch den Kriegsdienst oft mehr gefährdet, als ein kräftiges mit leichter Mitralinsuffizienz. Unbedingt nötig ist zur Erreichung der Felddienstfähigkeit genügendes Training des schwachen Herzens, besonders bei Jugendlichen. Zu warnen ist vor Kriegsverwendung der Arteriosklerotiker mit Herzstörungen, der Herzhypertrophien auch ohne Herzfehler, der Hypertoniker und der Mitralstenosen.

Als Ursachen der Herzerkrankungen sind außer den Infektionskrankheiten, Nierenerkrankungen und thyreotoxischen Einflüssen mehr als bisher die allgemeine Arteriosklerose, schwere nervöse Erregungen, traumatische Einflüsse (Verschüttungen) und besonders Tabakmißbrauch in Betracht zu ziehen. Die Ueberanstrengung an sich scheint von gesunden Herzen bis zu einem hohen Grade ohne Schaden ertragen zu werden.

Von den 220 beobachteten Fällen sind 24,5 % als kriegsverwendungsfähig, 34,5 % als garnisonverwendungsfähig, 19 % als arbeitsverwendungsfähig, zum Teil beschränkt erklärt und 22 % als dienstunfähig. Bei 32 waren Kuren vorgenommen. Die Zahl der Kriegsverwendungsfähigen wäre viel größer gewesen, wenn nicht Nieren-, Blut-, Gefäßerkrankungen, Tuberkulose, Schwächlichkeit oft eine geringere Bewertung veranlaßt hätten.

Dr. Roepke-Melsungen.

Meine bisherigen Erfahrungen über die Verwendung von Riesenmagneten behufs Extraktion von Geschoßsplittern. Von Prof. G. Sultan, beratender Chirurg im Felde. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 24.

Die Extraktion mit dem Magneten stellt sich als die schonendste Art der Splitterentfernung dar. Die Eigenart des magnetischen Zuges bringt es mit sich, daß der Splitter sich sofort stets in Längsrichtung von selbst einstellt und daß deshalb die nicht zu vermeidende Läsion, insbesondere der Gehirnmasse, auf das mindest mögliche Maß beschränkt und jedenfalls sehr viel weniger Gewebe zerstört wird, als wenn man mit der Pinzette oder mit dem Finger eingeht.

Der Elektromagnet muß zweckentsprechend konstruiert sein (mit verschiedenen den Wunden sich anpassenden Ansätzen: Sterilisierbarkeit der Teile, die mit der Wunde in Berührung kommen, leicht transportables Gestell, bequeme Verstellung des Magneten in alle erforderliche Lagen, Abdeckung mit sterilisiertem Leinentuch usw.) und genügend stark sein. Der von der Firma Schumann in Düsseldorf gebaute Magnet hebt eine Stahlkugel von 4 mm Durchmesser aus einer Tiefe von 113 mm hoch; wird die Stahlkugel durch ein Bleigewicht, das 50 mal so schwer ist als die Kugel selbst, beschwert, dann wird sie von dem Magneten noch aus einer Tiefe von 26 mm angezogen. Diese Leistung genügt für chirurgische Zwecke, wie es S. zunächst durch Versuche am frischen Leichengehirn und dann in mehr als 30 Krankheitsfällen mit bestem Erfolge festgestellt hat. Allerdings zieht der Magnet nur Eisenteile an; es ist deshalb die Feststellung mittels Sideroskops nötig, ob der Splitter aus Eisen besteht oder nicht. S. gibt einige Beispiele für die gelungene Extraktion von Splittern aus dem lebenden Gehirn und versichert, daß mit dem Magneten niemals auch nur der geringste Schaden entstanden ist.

Dr. Roepke-Melsungen.

Behelfsprothesen. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. H. Spitzy. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 24.

Um in den Spitälern die Amputierten möglichst schnell auf die Beine zu bringen, erhalten sie sofort nach Eintreffen und etwaiger Stumpfbehandlung Gipsbehelfsprothesen oder ähnliche Behelfe aus Blech-Filzhülsen, Pappe usw. Diese ermöglichen sofortiges, möglichst normales Gehen und erlösen von den Krücken. Sie sind aber lediglich als Spitalsbehelf zu betrachten und werden nach endgültiger Stumpfgestaltung mit einer Lederprothese vertauscht; außerdem bekommt jeder Patient ein Kunstbein.

Die Lederbehelfsprothese ist absichtlich einfach gehalten, damit jeder die Instandhaltung und Wiederherstellung wenigstens dieser einen Prothese selbst besorgen kann. Er verläßt das Spital nicht früher, als bis er kleine Ausbesserungen in Leder und Metall herstellen kann; er muß sie selbst im Spital durchführen und kann sie dann auch zu Hause in jeder Schlosser- und Schuhmacherwerkstätte vornehmen. Alle Behelfs- und Dauerprothesen tragen zur besseren Adaptierung einen Innenriemen der zur Festigung des Ganges beiträgt.

Die Behelfsprothesen haben normalisierte Teile, die fabrikmäßig hergestellt werden und durch ihre Auswechselbarkeit die Herstellung und Instandhaltung wesentlich erleichtern. Die normalisierten Bestandteile werden aus Bessemer Stahl gepreßt; das ganze Metallskelett für eine Oberschenkelbehelfsprothese kostet etwa 8 Mark. Statt des Fußplättchens kann auch ein Holzfuß angepaßt werden. Der Patient trägt dann für Arbeiten, die er sonst barfuß verrichten würde, die Prothese mit dem Fußplättchen und zu Repräsentationszwecken Holzfuß mit Zelluloseumkleidung.

Die Befestigung der Behelfsprothese am Stumpfe geschieht entweder durch einen Beckengurt mit Lederschlingen im Sinne der Marxschen Befestigung oder auch mittels eines Schultergurtes; letzteren haben sich die Verletzten von selbst zurecht gemacht, wenn er nicht angebracht war.

Dr. Roepke-Melsungen.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Nach der Angewöhnungszeit ist der Verlust eines Auges, auch bei einem Schmied mit 25 Proz. ausreichend entschädigt. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Januar 1916.

Wie das R.V.A., besonders in neuerer Zeit, mehrfach ausgesprochen hat, kann auch bei Augenverletzungen und dadurch bedingtem teilweisen Verlust des Sehvermögens die mit einer derartigen Körperschädigung zusammenhängende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit immer nur von Fall zu Fall geschätzt werden. Der Kläger kann deshalb nicht zum Beweise dafür, daß ihm eine Teilrente von 33¹/₃ % für die Dauer zustände, auf ein in anderer Sache ergangenes Urteil des R.V.A., in dem auch nach Erreichung des Dauerzustandes beim Verlust eines Auges eine Teilrente von 33¹/₃ %, für eine angemessene Entschädigung erklärt worden ist, Bezug nehmen. Der erkennende Senat hatte, unabhängig von Feststellungen und Entschädigungen in ähnlich liegenden Fällen, zu prüfen, welche Rente dem Kläger aus Anlaß seines Unfalls vom 24. Dezember 1904 gebührt, nachdem unzweifelhaft der Dauerzustand eingetreten ist. Insbesondere unter Berücksichtigung der sehr günstigen Arbeits- und Verdienstverhältnisse des Klägers hat der erkennende Senat keinen Anlaß gehabt, im vorliegenden Falle eine Teilrente von 25 % als eine nicht ausreichende Entschädigung für die Zeit nach dem 31. Oktober 1913 anzusehen.

Kompaß; 1916, Nr. 11.

Delirium tremens als Unfallfolge. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. April 1914.

Am 9. November 1910 verunglückte der Kesselschmied R. dadurch, daß ihm ein Kupfersplitter ins Auge flog und dieses an Star erkrankte. R. begab sich in die Klinik des Dr. C., der ihn operierte. Zwei Tage nach der Operation brach bei dem Verletzten Delirium tremens aus; er stürzte sich in diesem Anfall aus einem Fenster der Klinik auf den Hof und zog sich tödliche Verletzungen zu. Die in Anspruch genommene Berufsgenossenschaft verneinte ihre Entschädigungsverpflichtung, da der Tod R.s mit dem Betriebsunfall nicht in ursächlichem Zusammenhang stehe. Das Reichsversicherungsamt vertrat dagegen den gegenteiligen Standpunkt und ordnete die Entschädigungsverpflichtung mit folgender Begründung an:

Der erkennende Senat hat kein Bedenken, dem von einer ersten Autorität auf dem Gebiete der Augenheilkunde erstatteten in sich schlüssigen Gutachten zu folgen und anzunehmen, daß der bei dem verstorbenen R. operierte Star eine Unfallfolge gewesen ist. Nach diesem Gutachten hat die ärztliche Behandlung anläßlich der Starbildung insofern an dem Ausbruch des Delirium tremens und dadurch bei dem Tode mitgewirkt, als dem Verstorbenen mit dem Eintritt in die Klinik der Alkoholgenuß völlig entzogen ist und durch diese Entziehung in Verbindung vielleicht mit den Nachwirkungen der Operation der Ausbruch des Delirium tremens begünstigt, wenn nicht in dem Sinne allein verursacht worden ist, daß der Verstorbene ohne die Alkoholentziehung und Operation trotz des Alkoholmißbrauchs dem Delirium tremens überhaupt nicht verfallen wäre. Diese Auffassung findet in vielfachen Erfahrungen über die Zusammenhänge und den Verlauf ähnlicher Fälle eine wesentliche Stütze, so daß sie an sich gerechtfertigt erscheint. Immerhin würde dieser die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verpflichtende Zusammenhang dann nicht festgestellt werden können, wenn anzunehmen wäre, daß dauernder Alkoholmißbrauch in dem Körper des Verletzten bereits derartige Veränderungen hervorgerufen hatte, daß auch ohne die Alkoholentziehung oder die Operation das Delirium tremens ungefähr zu derselben Zeit bei R. ausgebrochen wäre; weil dann Alkoholentziehung und Operation in ihrer Bedeutung als mitwirkende Bedingungen bei dem Verlauf der Dinge gegenüber der vorherrschenden Bedeutung des Alkoholmißbrauchs soweit zurücktreten würden, daß sie nicht mehr als wesentlich mitwirkende Ursachen im Rechtssinn angesehen werden könnten. Für einen derartigen Grad des Alkoholmißbrauchs oder seiner Wirkungen im Körper des Verstorbenen fehlt es indessen an jedem sicheren Anhalt. Nach alledem war die beklagte Berufsgenossenschaft bei gegebenem Zusammenhang zwischen Tod und Unfall zur Zahlung der Hinterbliebenenrente zu verurteilen.

Erstattung der Arztkosten seitens der Krankenkassen an freiwillige Mitglieder. Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 6. November 1915.

Der Kläger war unbestritten als freiwilliges Mitglied der beklagten Ortskrankenkasse berechtigt, sich in die Behandlung des Arztes Dr. M. in Berlin N. zu begeben, da es sich um einen dringenden Fall (Armbruch) im Sinne des Gesetzes handelte (§ 368 R.V.O.). Auch hinsichtlich der Weiterbehandlung der am 9. September 1913 stattgehabten Verletzung durch den genannten Arzt oder seinen Vertreter durfte der Kläger das Einverständnis der Krankenkasse voraussetzen, da er — was die Kasse im Berufungsverfahren auf seine ausdrückliche Angabe hin nicht mehr bestreitet — am zweiten oder dritten Tage nach dem Unfall der Kasse von seiner Behandlung durch Dr. M. Mitteilung machte und die Kasse ihn daraufhin nicht an einen anderen Arzt wies. Die Weiterbehandlung durch denselben Arzt lag auch im Interesse des Behandlungsbedürftigen. Bei dieser Sachlage kann die Krankenkasse nach § 368 R.V.O. die Bezahlung des in Anspruch genommenen Arztes nicht ablehnen, vielmehr hat sie das vom Erkrankten etwa schon verauslagte Arzthonorar zu erstatten oder, soweit es noch nicht bezahlt ist, ihn von seiner Verbindlichkeit dem Arzte gegenüber zu befreien, und zwar hinsichtlich aller aus Anlaß der Krankenbehandlung notwendig gewordenen Kosten. Der Arzt erwirbt auch unmittelbar gegen die Kasse einen Honoraranspruch aus dem Rechtsgrund auftragloser Geschäftsführung (vergl. Hahn, Kommentar zu § 268 R.V.O. Anmerkung e).

Hiernach ist von der Vorinstanz die Befreiung von der Verbindlichkeit des Klägers zur Zahlung des Resthonorars von 42 M. zu Recht ausgesprochen worden. Der Betrag wird der Höhe nach für angemessen erklärt. Ob dies der Fall ist, kann aber hier dahingestellt bleiben, da es der Krankenkasse unbenommen ist, sich hierüber noch mit dem Arzte auseinanderzusetzen, dem gegenüber sie verbindlich ist.[1])

Die Polizei ist nicht befugt, die Befolgung von Unfallverhütungsvorschriften einer Berufsgenossenschaft zu erzwingen. Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts (VIII. S.) vom 17. Dezember 1914.

Der Genossenschaftsvorstand ist befugt, für den Fall der Zuwiderhandlung gegen die Vorschriften zur Verhütung von Unfällen Geldstrafen bis zu 1000 M. festzusetzen. Dagegen ist den Berufsgenossenschaften im Gesetze nicht die Befugnis gegeben, die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften und die Herstellung der darin geforderten Sicherheitseinrichtungen unmittelbar zu erzwingen. Ebensowenig ist durch eine gesetzliche Bestimmung der Polizeibehörde die Befugnis oder Aufgabe zugewiesen, die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften dem Betriebsunternehmer gegenüber durch ihre Zwangsmittel durchzusetzen, noch den Berufsgenossenschaften die Ermächtigung erteilt, die Mitwirkung der Polizeibehörde zur Ausübung eines Zwanges auf die Betriebsunternehmer in diesem Sinne zu fordern. Allerdings verpflichtet § 154 a. a. O. die öffentlichen Behörden, „den im Vollzuge des Gesetzes ergehenden Ersuchen der Genossenschafts- und Sektionsvorstände zu entsprechen,“ und unter diesen Ersuchen sind nicht nur diejenigen zu verstehen, welche in den Unfallversicherungsgesetzen und den zu ihnen erlassenen Verordnungen, Ausführungsbestimmungen usw. ausdrücklich vorgesehen sind, sondern jede Inanspruchnahme einer Behörde, die zur Durchführung der Unfallversicherungsgesetze irgendwie erforderlich ist. Immer aber muß es sich um eine vom Gesetze selbst vorgesehene Art der Durchführung seiner Vorschriften handeln. Das Gesetz sieht aber die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften mittels polizeilichen Zwanges nicht vor.
(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

---

[1]) Das Versicherungsamt hatte in seiner Vorentscheidung vom 7. November 1914 den geforderten Gesamtbetrag von 69 M. als angemessen anerkannt und gleichzeitig dahin entschieden, daß der Arzt bei seiner Kostenrechnung nicht an die Mindestsätze der preußischen Gebührenordnung gebunden sei, da er den Kranken nicht als Kassenkranken, sondern als Privatkranken behandelt habe.

Bericht der Angestelltenversicherung über die Geschäftsjahre 1913, 1914 und 1915.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (R. f. A.) ist am 22. März 1912 errichtet worden und hat am 1. Januar 1913 ihren eigentlichen Geschäftsbetrieb in vollem Umfange aufgenommen. Bis Ende 1915 gehörten außer den Mitgliedern des Direktoriums der R. f. A. 18 etatsmäßige höhere Beamte, 57 kommissarische Hilfsarbeiter, 2 beratende Aerzte und 2 Hilfsärzte an.

Bis zum Schlusse des Jahres 1913 waren bei der R. f. A. 1685097 Aufnahmekarten eingereicht. Im Jahre 1914 kamen 228628 und im Jahre 1915 weitere 216035 Aufnahmekarten hinzu.

Ruhegeld ist im Jahre 1913 nicht gewährt worden, Hinterbliebenenrente in 3 Fällen, Ruhegeld und Hinterbliebenenrente im Jahre 1914 in einigen Fällen; im Jahre 1915 wurden Ruhegeld 4 mal, Hinterbliebenenrenten 10 mal bewilligt. Mit der Heilfürsorge wurde im April 1913 begonnen.

Von den im März 1913 bestellten Vertrauensärzten hatten bis zum Schlusse dieses Jahres 1177 die vertrauensärztliche Tätigkeit ausgeübt. Die Zahl der bis zum 31. Dezember 1913 eingegangenen Anträge auf Einleitung von Heilverfahren belief sich auf 10464, von denen bis zum Schlusse des Jahres 6892, d. i. 75,53 %, der erledigten Fälle genehmigt wurden. Von den im Jahre 1914 eingegangenen 20187 Anträgen solcher Art wurden 11021, d. i. 78,7 %, der erledigten Fälle bewilligt und von den 15079 im Jahre 1915 eingegangenen 7482, d. i. 60,63 % der erledigten Fälle. Von diesen 7432 zuletzt genehmigten Heilverfahren betrafen 867 Fälle von Zahnheilverfahren, 82 die Gewährung anderer Heilmittel und 6583 ständige Heilverfahren, darunter 2175, d. i. 33,29 %, solche in Lungenheilstätten.

Durch die Kaiserliche Verordnung vom 15. November 1912 wurde gemäß § 158 V. G. f. A. ein Schiedsgericht in Berlin für das gesamte Reichsgebiet und nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. Juli 1913 das Oberschiedsgericht für die Angestelltenversicherung errichtet.

Die Gesamteinnahme an Beiträgen belief sich im Jahre 1913 auf 138128831,77 M., im Jahre 1914 auf 130724334,32 M. und im Jahre 1915 auf 108909869,99 M. Für Heilverfahren wurden in den drei Berichtsjahren 11330260,26 M., 20818336,41 M. und 24416518,82 M. verwandt. Für Ruhegeld und Renten betrug die Gesamtausgabe im Jahre 1915 5582,79 M.

(Veröffentlichung des Gesundheitsamtes; 1916, Nr. 25).

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Fleckfieber.

Zur Therapie des Fleckfiebers. Von C. Hirsch-Göttingen. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 20.

H. behandelt die Fleckfieberkranken mit häufigen kleinen Chinindosen (0,2—0,25 Chinin. mur. 5—6 mal in 24 Std.); ferner erhält der Kranke anfangs Digitalis oder ein Digitalispräparat (Digipuratum), bis er etwa 1,0 g Fol. digit. titrat. eingenommen hat. Dann werden auch bei guter Herztätigkeit täglich 2 mal 2 Spritzen Ol. camphor. fort. intramuskulär gleichzeitig mit der Chinindarreichung gegeben, bei Herzschwäche Kampher und Koffeïn. Wenn es die Witterung erlaubt, kommen die Kranken im Bett ins Freie; bei der Freiluftbehandlung erscheint gerade die Luftwirkung von Bedeutung. Die Ergebnisse dieser Therapie sind befriedigend. Dr. Roepke-Melsungen.

2. Genickstarre.

Zur Lehre von Wesen, Verbreitung und Bekämpfung der Meningokokken-Meningitis. Von Privatdoz. Dr. Georg B. Gruber-Straßburg i. E., Oberarzt der Res. und Abteilungsarzt im 12. bayer. Feldart.-Regt. Aus der Königl. bayer. militärärztl. Akademie in München. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; Bd. 80, H. 2.

Die Meningitis epidemica oder, wie Verfasser vorschlägt, Mening. meningococcica ist eine Infektionskrankheit; die Infektion erfolgt vom Rachen aus. Ein gewisser Bruchteil der gesunden Menschen trägt den Meningococcus gewissermaßen als Saprophyten im Schleime des Rachens; jedoch ist zuzugeben, daß zu den Zeiten, in denen gehäufte Meningitisfälle auftreten, dieser Bruchteil

höher sein mag. Auf Grund der Untersuchungen von 10000 nicht erkrankten Soldaten hat G. Mayer den Satz aufgestellt, daß „der Meningococcus in der Rachenschleimhaut ubiquitär" sei. Die Meningitisfälle treten mit geringen Ausnahmen im frühesten Frühjahr, späten Herbst und Winter auf, also zur Zeit der Rachenkatarrhe; zu diesen Zeiten werden die Meningokokken virulent im Gegensatz zur wärmeren Jahreszeit. Auch Traumen steigern gelegentlich die Virulenz bezw. geben die Veranlassung zum Ausbruch einer Meningitis epid. Die Meningokokkenträger sind nicht anders aufzufassen und zu behandeln wie die Träger von Pneumokokken. Dafür spricht auch die Zeit und Periodizität der Erkrankungen an Pneumonie und Meningitis, ferner die Bevorzugung der jüngeren Altersklassen. Die kruppöse Pneumonie ist wohl zweckmäßig als fortgeleitete Entzündung aufzufassen, von der aus dann auf metastalischem Wege die übrigen Pneumokokkenherde im Organismus, also auch Pneumokokkenmeningitiden, entstehen. Die Meningokokken-Meningitis ist schon von vornherein eine Metastase. Die Meningococcaemie spielt eine größere Rolle als man früher annahm. Zu erwähnen ist auch das Vorkommen der Meningokokken in den Metastasenorten. Der Meningococcus ist ein Giftbildner, wodurch sich verschiedene pathologische Befunde erklären; er ist ein obligater Parasit des Rachenschleimes vieler Menschen. Für das Zustandekommen der Krankheit müssen verschiedene Faktoren zusammen wirken, z. B. körperliche Disposition und Schädigung durch das Arbeitsmilieu, das die Tröpfcheninfektion befördert. Die Meningitis kann nicht ohne weiteres zu den kontagiösen Erkrankungen gerechnet werden. Die Maßnahmen gegen die Verbreitung der Meningokokken-Meningitis bestehen darin, daß man der Verbreitung der Keime durch Husten, Spucken, Schnäuzen, Nießen und Pusten und damit der Entstehung von Hals-, Rachen- und Nasenentzündungen vorbeugt. Daraus ergibt sich besonders für Kasernen:

1. Allzu enge Belegung ist zu vermeiden; die Mannschaften sind so zu legen, daß sie sich nicht anhusten müssen. Gute Lüftung, vernünftige Heizung, peinliche Sauberkeit der Räume, Vermeidung aller staub- und rauchentwickelnden Tätigkeiten (Verbot des trockenen Kehrens!) sind in solchen Räumen selbstverständlich.

2. Man sorge für gute persönliche Hygiene der Insassen, Pflege des Körpers und Mundes etc., Schonung der Stimme, Bekämpfung des Tabakschnupfens, Vermeidung allzuvielen Nikotin- und Alkoholgenusses. Bei starken Anstrengungen muß anderseits auf genügend Zeit zur körperlichen Ruhe gesehen werden, die aber nicht in engen, rauchigen Lokalen gesucht werden darf.

Die Aufspürung von Meningokokkenträgern und ihre Isolierung sind sehr wenig zweckentsprechend, ebensowenig große Desinfektionsmaßnahmen, Absperrung von Kasernen und Wohnungskomplexen. Verfasser will die Meningokokken-Meningitis nicht epidemica auch nicht übertragbar nennen, wenigstens nicht in dem Sinne, daß sie besonders kontagiös sei und daß jeder Meningokokkenträger eine Meningitisgefahr für jeden Nebenmenschen bedeute oder daß ein Meningitiskranker eine Gefahr sowohl für die ihn behandelnde und pflegende, als ihn sonst umgebende Menschheit darstelle. Genickstarre bezeichnet nur wieder ein Symptom, der beste Name ist Meningitis meningococcica.

(Die Ausführungen dürften auf Grund der Erfahrungen bei den großen Epidemien kaum allgemeine Annahme finden. Ref.)

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

3. Geschlechtskrankheiten und Bekämpfung der Prostitution.

Zur Reform der Prostituiertenüberwachung. Von Prof. Dr. Blaschko-Berlin. Deutsche Strafrechts-Zeitung; 1916, Heft 1/2.

Verfasser befürwortet seinen schon früher gemachten Vorschlag, den Kuppeleiparagraphen (§ 180) folgende Fassung zu geben: „Wer eine weibliche Person zur Ausübung käuflicher Unzucht verleitet, anwirbt oder anhält, wer sich zur Vermittlung käuflicher Unzucht anbietet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis nicht unter . . . . bestraft. Desgleichen stimmt er der von Reg.-Rat Dr. Lindenau statt § 361 Nr. 6 des Str.-G.B. vorgeschlagenen Strafbestimmung zu, wonach mit Gefängnis bestraft wird, wer öffentlich in einer Weise, die geeignet ist, das Sittlichkeitsgefühl zu verletzen, zur Unzucht auffordert oder sich anbietet." Mit Hilfe dieser Bestimmungen sei die Polizei in

der Lage, gegen die Gesamtheit der sich prostituierenden Dirnen vorzugehen, also auch gegen die sogenannten geheimen Prostituierten, die, weil unkontrollierbar, in bezug auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten die Hauptgefahr bilden. Die von Lindenau als Nebenstrafe empfohlene Dauerüberwachung der Prostituierten läßt sich nach Bl.s Ansicht auch auf anderem Wege erreichen und zwar durch strenge ärztliche Ueberwachung und sofortige Zwangsbehandlung in einem Krankenhause. Von den üblichen Geld- und Freiheitsstrafen wegen gewerbsmäßiger Unzucht sollte man möglichst absehen und nur sichernde Maßnahmen (ärztliche Ueberwachung, Zwangsbehandlung, Schadenersatzleistung bei Ansteckung) fest setzen, zu deren Durchführung allerdings in jedem Orte ein Gesundheitsamt erforderlich sei. Nur für jugendliche Prostituierte sei Zwangsfürsorge angezeigt, die hier als Dauermaßnahme die größte Aussicht auf Erfolg hat. Rpd.

Prostitutionspolitik nach dem Kriege. Von Dr. Güth, Kommunalinspektor und Leiter der Berliner Sittenpolizei. Oeffentliche Gesundheitspflege; 1916, Heft 5.

G. bespricht die zurzeit in bezug auf die Bekämpfung der Kuppelei und das Prostitutionswesen geltenden Bestimmungen, sowie die in dem Entwurf zu einer neuen Strafgesetzgebung getroffenen Strafbestimmungen und erörtert dann in eingehender Weise die Vorzüge und Nachteile der Kasernierung und der Straßenprostitution, wobei als Beispiel für das Kasernierungssystem namentlich auf die Bremer Verhältnisse und als Beispiel für die Straßenprostitution auf die Erfolge der Berliner Prostitutionsüberwachung Bezug genommen wird. Das Bremer System eignet sich nach Ansicht des Verfassers wohl in ordnungs-, anstands- und gesundheitspolizeilicher Hinsicht für kleine und mittlere, aber nicht für große Städte. Jedenfalls bedarf die Prostitutionspolitik einer Umgestaltung nach folgenden Richtungen: Der bisherige § 361 [6] des Str. G. B. ist im Sinne des § 305 [4] des Vorentwurfes zu ändern und damit die Straflosigkeit der Gewerbsunzucht an und für sich einzuführen. In gleicher Weise ist durch Ersatz der bisherigen Kuppelei-Paragraphen (180 Str. G.) im Sinne des § 251 des Vorentwurfes Straflosigkeit der einfachen Wohnungskuppelei vorzusehen. Weiterhin sind reichsseitig allgemeine, für alle Bundesstaaten maßgebende und landesrechtlich einzuführende Vorschriften zu erlassen, nach denen die Sittenpolizei überall die gesundheitspolizeiliche Seite ihrer Tätigkeit in den Vordergrund zu stellen und gleichzeitig sich zu einer Zentralstelle für das seelische Rettungswerk Gefallener zu machen hat, der die Bekämpfung der durch die Dirnen hervorgerufenen Störungen der öffentlichen Ordnung und Sittlichkeit zwar daneben, — wenn auch nicht weniger nachdrücklich — obliegt. Diese Vorschriften müßten den Polizeibehörden freie Hand lassen in der Wahl des Reglementierungssystems zwischen Straßenprostitution und Kasernierung oder aber in der Anwendung beider Formen nebeneinander. Im übrigen müßten sie bindende Anweisungen enthalten über ambulatorische Außenbehandlung geeigneter geschlechtskranker Mädchen und Einrichtung öffentlicher ärztlicher Sprechstunden hierzu, Nachbehandlung im Anschluß an voraufgegangene klinische Behandlung, hygienische Aufklärung der Prostituierten – der nicht eingeschriebenen wie der eingeschriebenen — durch gemeinverständliche Merkblätter usw., mikroskopische Gonorrhoekontrolle, Spirochätennachweis in nötigen Fällen, Einstellung venerologischer Spezialärzte in der Reihe der Sittenpolizeiärzte, ferner über Sonderverfahren mit minderjährigen Prostituierten, unter Angliederung einer durch Schwestern oder sonstige geeignete weibliche Personen verkörperte Hilfsstelle für Frauen an die Sittenpolizei mit werktätigem Anschluß an die vorhandenen retterischen Körperschaften. Rpd.

---

4. Tetanus.

Ueber Tetanus-Schutzimpfung. Von Reg.-Arzt Privatdozent Dr. E. Löwenstein-Wien, Leiter des Feldlaboratoriums Nr. 12. Wiener klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 17.

Die Frage, ob eine einzige prophylaktische Injektion von Tetanustoxin genügt, den Verletzten vor Tetanuserkrankung zu schützen, wird vom Ver-

fasser verneint. Jeder Verletzte sollte zweimal mit Tetanusserum gespritzt werden und zwar am 3. und am 8. Tage nach der Verletzung.

Die Inkubationszeiten bei 95 Tetanusfällen betrugen: in 5 Fällen bis zu 5 Tage, in 43 Fällen 5—10 Tage, in 25 Fällen 10—15 Tage, in 14 Fällen 15—20 Tage, in 5 Fällen über 20 Tage.

Der durch die prophylaktische Seruminjektion erreichte Schutz beträgt höchstens 5—6 Tage. Um den Organismus während der ganzen Inkubationszeit bis zu 18 Tagen lückenlos mit Antitoxin zu versorgen, empfiehlt daher der Verfasser die erste Seruminjektion erst am 3., die zweite 4 Tage später vorzunehmen. Dr. Mayer-Simmern.

5. Milzbrand.

Beitrag zu der Lehre von der Milzbrandmeningitis. Von Dr. Ernst von Czyhlarz, Primararzt und Privatdozent. Aus der III. med. Abteilung des Kaiser Franz Joseph-Spitals in Wien. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 25.

In dem von ihm bearbeiteten Teile des Handbuches der ärztlichen Sachverständigentätigkeit von Dittrich sagt Kolisko: „Es gibt Milzbrandfälle, welche ungewöhnlich rasch und unerwartet, ja selbst ohne daß der Betreffende oder seine Umgebung eine Ahnung von der schweren Infektion gehabt hatten, zum Tode führen und erst durch die Obduktion die eigentliche Ursache des Todes als eine Milzbrandinfektion nachgewiesen wird. In solchen rapid verlaufenden Fällen findet man als die Ursache des plötzlichen Todes eine Intrameningealhaemorrhagie.“ Dem Autor gelang es nicht, in der Literatur einen Fall von Milzbrandmeningitis ohne tödlichen Ausgang ausfindig zu machen. Er selbst hatte dagegen Gelegenheit, eine rasch in Heilung ausgehende Form der Milzbrandmeningitis zu beobachten und zwei andere wurden ihm mitgeteilt. In dem einen Falle handelte es sich um einen Pferdewärter, der unter schwersten meningitisartigen Erscheinungen — vor allem unter überaus heftigen Kopfschmerzen — erkrankte. Eine auffallend rasche Besserung und Heilung trat nach der Lumbalpunktion ein, wobei in der blutig gefärbten Flüssigkeit Milzbrandbazillen nachgewiesen wurden.

In dem Falle des Verfassers handelte es sich um eine 24jährige Hilfsarbeiterin, die vor 3 Tagen unter Erbrechen, heftigem Kopfschmerz und Schüttelfrost erkrankt war. Bei der Aufnahme war sie tief benommen. Es bestand Nackenstarre, Lähmung der linken oberen Extremität, des linken Mundfacialis und der linken unteren Extremität. Die Lumbalpunktion ergab eine hämorrhagische Flüssigkeit, die große, Gram-positive mildbrandartige Stäbchen enthielt; bei der Züchtung wurde eine Reinkultur von Milzbrandbazillen gewonnen. Die Wassermannsche Reaktion mit dem Venenblute der Patientin war negativ, die mit dem Liquor cbsp. stark positiv. Am dritten Tage nach der Punktion war das Sensorium frei, der Kopfschmerz geschwunden. Die Wassermannsche Reaktion blieb dauernd negativ, eine halbseitige Lähmung blieb auch nach Wiedereintritt guten Befindens zurück.

(Ueber die Infektionsquelle enthält leider der Aufsatz keine Angaben.)

Dr. Mayer-Simmern.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

Hautschädigungen durch Kalkstickstoff. Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Koelsch-München. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 5.

Der relativ hohe Kalziumgehalt des Kalkstickstoffes legt von vornherein die Vermutung nahe, daß dieser Verätzungen zu erzeugen vermag. Mehr noch als bei den pflanzlichen Lebewesen macht sich die Aetzwirkung am Menschen geltend, der mit dem feinpulverigen, daher leicht verstaubbaren Kalkstickstoff bei der Herstellung oder Verwendung zu arbeiten hat.

Schutzvorschriften für die landwirtschaftlichen Verbraucher hat die Verkaufsvereinigung für Stickstoffdünger, G. m. b. H. in Form eines Merkblattes zusammengestellt. Es sind recht weitgehende Maßregeln, die die Verkaufsvereinigung empfiehlt; im Hinblick auf manche ländliche bezw. kleinbäuerliche Verhältnisse mag ihre Durchführbarkeit und Durchführung mit Recht an-

gezweifelt werden. Immerhin sind sie geeignet, die Aufmerksamkeit der Verbraucher zu erregen und diese zur Vorsicht zu ermahnen; dadurch werden sicher manche Verätzungen vermieden werden, die sonst eine wochen- und monatelange Erwerbsbeschränkung zur Folge gehabt hätten.

Dr. Wolf-Hanau.

Einiges über die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern während des Krieges. Von Gewerbeassessor Körner-Potsdam. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 5.

Auch bei den außergewöhnlichen Verhältnissen der Kriegszeit scheinen die Forderungen unserer Arbeiterschutzgesetzgebung so weit durchgeführt zu sein, als es mit den Interessen der Landesverteidigung vereinbar ist. Gewiß sind bei der Beschäftigung von Frauen und jugendlichen Arbeitern auch manche Unzuträglichkeiten vorgekommen; im allgemeinen werden aber dank der langjährigen Uebung und der offensichtlichen Erfolge unseres Arbeiterschutzes durch Schaffung hoher, luftiger und möglichst staubfreier Arbeitsräume, durch weitgehende Verwendung maschineller Einrichtungen, durch Schutz gegen Unfallgefahr und giftige Stoffe usw. schwere Nachteile für die Gesundheit der besonders schutzbedürftigen Arbeiterarten verhindert. Trotzdem muß etwaigen Bestrebungen, die Brauchbarkeit der weiblichen Arbeit auch nach Friedensschluß als billige Arbeitskraft zu verwenden, entgegengehalten werden, daß der jetzige Umfang der Frauenarbeit vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus durchaus nicht zu billigen ist. Falls es notwendig werden sollte, wird man sogar eine Verschärfung unserer Arbeiterschutzgesetzgebung nicht scheuen dürfen, um die große Zahl der Frauen, die die Not der Kriegszeit zur Fabrikarbeit gezwungen hat, ihren wichtigen Aufgaben in Haus und Familie wieder zuzuführen.

Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Nahrungsmittelhygiene.

Die Resorbierbarkeit der Nährhefe. Von Max Rubner. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 18.

Die grüne Pflanze ist die eigentliche Maschine zur Gewinnung von Nahrung und Energie, alle anderen Bestrebungen sind vorläufig aussichtslos. Auch die Nährhefe hat eine Vermehrung der Nahrungsmittel nicht gebracht. Die von der Nährhefe zum Aufbau verwendeten Nährstoffe werden auf dem Acker viel zweckmäßiger verwendet als durch den Umsatz mittels Hefe. Praktische Ernährung ist nicht nur im Stoffwechselproblem, sondern im Problem der Nahrungsmittel, ein diätetisches Problem. Wir sind noch lange nicht so weit, um mit der Lösung des Stoffwechselproblemes zufrieden zu sein. Die Hefe zeichnet sich durch erheblichen N-Gehalt aus, der wesentlich auf Eiweißstoffen und Nukleinverbindungen zu beziehen ist. Die Zellenmembran ist sehr dünn; man nimmt an, daß sie aus Zellulose besteht. Versuche mit Hefenverfütterung an Hunden, die noch dazu die nötige Menge Fleisch erhielten, ergaben schon am zweiten Tage einen dünnen, gasigen Kot; die Fleischverfütterung hat gewissermaßen die Resorption der Hefe mit besorgt. Das Gesamtresultat der Resorption der Hefe ist aber nicht ungünstig; trotzdem sind die in den Reklameschriften enthaltenen Urteile mit Mißtrauen aufzunehmen, da sie stets eine Verwechslung des Nährstoffwertes mit der diätetischen Bedeutung enthalten. Die Hefe kann nie die Rolle des Fleisches übernehmen; sie ist weder Fleisch noch Pflanzenfleisch, denn letzteres gibt es bis jetzt überhaupt nicht.

Dr. Graßl-Kempten.

---

3. Schulhygiene.

Freilufterziehung. Von Margarete Weinberg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Jahrgang 24, Nr. 10.

Den Ursprung der Freiluftschule bildet das Sanatorium; schon vor 12 Jahren wandte die Stadt Charlottenburg diese Erziehungsmethoden an. Verfasserin schildert den Stundenplan einer englischen Schule, wo die Kinder fast den gesamten Unterricht im Freien genießen. Sie erwähnt dann die Freiluftklasse, wo der Unterricht in einer Klasse gegeben wird, die an einer Längsseite ganz offen ist. Ein weiterer Typus für Freilufterziehung ist die

Spielplatzklasse, wo die Kinder bei günstiger Witterung auf dem Spielplatz unterrichtet werden. Die Kinder sollen an gute Luft gewöhnt und ihnen gegen verdorbene Luft Widerwillen eingeflößt werden; außerdem sollen sie zur Reinlichkeit und zur Körperpflege angehalten werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

4. Jugendfürsorge.

Die Erziehung der Jugend zur Wehrtüchtigkeit. Von Schularzt Dr. Wimmenauer-Mannheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1916, Nr. 5.

Verfasser kritisiert den Aufsatz von Thiele über „Aerztliche Beobachtungen an Teilnehmern eines Armeegepäckmarsches", in dem dieser dergleichen Unternehmungen für unbedenklich hält, obwohl nach dem Ergebnis der Untersuchungen eine große Anzahl der Teilnehmer allerlei Stoffwechselveränderungen aufzuweisen hatte. Wimmenauer warnt davor, solche Experimente mit unserer Jugend zu wiederholen. Er will überhaupt nicht dergleichen militärisch gerichtete Leibesübungen bei unserer Schuljugend eingeführt wissen, wendet sich aber vor allem entschieden dagegen, den Turnunterricht etwa auf Kosten eines halbtheoretischen militärischen Dienstunterrichts zu beeinträchtigen. Die Entfaltung der jugendlichen Kräfte soll man nach ihm sich in den Formen auswirken lassen, die ihr angemessen und natürlich sind.

Wie die Sachen jetzt liegen, glaubt Referent, wird eine irgenwie geartete körperliche Ausbildung unserer Schuljugend im Sinne einer gewissen Vorbereitung zum Militärdienst künftig eingeführt werden. Ernstliche Bedenken dagegen dürften auch seitens der Schulhygiene kaum zu erheben sein, sofern dem Schularzt die nötige Mitwirkung zuteil wird.

Dr. Solbrig-Königsberg.

---

5. Krankenfürsorge.

Ledigenheim Charlottenburg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Jahrg. 24, Nr. 10.

Aus dem Bericht über das Geschäftsjahr des Ledigenheims Charlottenburg interessiert, daß von den Ledigen, die das Heim benutzten, 877 im Alter unter 20 Jahren, 693 im Alter von 21—40 Jahren, 316 im Alter von 41 bis 50 Jahren, 99 im Alter von 51—60 Jahren, 48 im Alter von 61—70 Jahren und 24 im Alter von über 70 Jahren standen. Dr. Hoffmann-Berlin.

Besprechungen.

Prof. Dr. K. v. Buchka, Geh. Ober-Reg.-Rat und Vorstand der Kaiserlichen Technischen Prüfungsstelle in Berlin: **Das Lebensmittelgewerbe.** Ein Handbuch für Nahrungsmittelchemiker, Vertreter von Gewerbe und Handel, Apotheker, Aerzte, Tierärzte, Verwaltungsbeamte und Richter. I. Band. Leipzig 1913/15. Lex. 8°; 891 S. Preis: 38 M., geb. 40 M.

In dem unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter verfaßten Handbuch haben sich der Herausgeber und die Bearbeiter der einzelnen Abschnitte die Aufgabe gestellt, die zur Erzeugung unserer Lebensmittel dienenden Rohstoffe, deren Menge und technische Verarbeitung, auch die Ein- und Ausfuhr der Rohstoffe und der fertigen Erzeugnisse eingehend zu berücksichtigen. Gleichzeitig sind aber auch alle für die Feststellung der stofflichen Beschaffenheit der Lebensmittel in Betracht kommenden Fragen, ferner die auf die Ueberwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen, auch die des Auslandes, soweit dies für den Inlandsverkehr von Wichtigkeit ist, sowie endlich die Rechtsprechung in Lebensmittelfragen eingehend in die Darstellung einbezogen worden. Es sollte auf diese Weise ein möglichst vollständiges Bild des gesamten Lebensmittelgewerbes und aller darauf bezüglichen, die Erzeugung und den Vertrieb der Lebensmittel betreffenden Fragen vom Standpunkte der Lebensmittelgesetzgebung aus gegeben werden. Diese Aufgabe ist, soweit sich nach dem bisher vollständig erschienenen ersten Bande beurteilen läßt, in vorzüglicher Weise gelöst. Gerade jetzt, wo infolge des Krieges die Nahrungsmittelfälschung und die Herstellung minderwertiger Ersatznährstoffe einen ganz außerordentlichen Umfang ge-

nommen hat, hat ein derartiges Werk einen doppelten Wert und wird deshalb auch von den in Betracht kommenden Kreisen mit großer Freude begrüßt werden. Der erste Band bringt zunächst als Einleitung zwei Abhandlungen über menschliche Nahrung (Prof. Dr. Kreutz, Privatdozent in Straßburg i. Els.) und über Nahrungsmittelverkehr im allgemeinen (Prof. Dr. v. Buchka), von denen namentlich die letztere, in der auch die Gesetzgebung eingehend berücksichtigt ist, die Leser dieser Zeitschrift interessieren dürfte. Es folgen dann die Abschnitte über alkaloidhaltige Nahrungs- und Genußmittel — Kaffee und Kaffee-Ersatzstoffe sowie Tee (Dr. A. Hasterlik-München), Kakao und Schokolade (Prof. Dr. A. Kreutz) und Tabak (Dr. H. Witte-Merseburg) (Abschnitt I) —, über Essig (Dr. H. Witte-Merseburg) (Abschnitt II), über Proteïnhaltige Nahrungsmittel. — Fleisch und Fleischwaren sowie Eier (Prof. Dr. A. Reinsch-Altona) (Abschnitt III), über Speisefette und Oele (Dr. K. Fischer-Bentheim) (Abschnitt IV) und über Trinkbranntweine und Liköre (Dr. W. Bremer) (Abschnitt V). In allen diesen Abschnitten wird überall zunächst eine Schilderung der betreffenden Lebensmittel, ihr Vorkommen und ihre Herstellung sowie die Beaufsichtigung des Verkehrs damit gegeben; es folgt dann eine Darstellung ihre chemische Zusammensetzung, an die sich noch solche der Untersuchungsmethoden (Probeentnahme, Sinnenprüfung, mikroskopische und chemische Untersuchung) anschließt. Hierauf folgen Anhaltspunkte für ihre Beurteilung unter Berücksichtigung der Rechtsprechung sowie eine Besprechung der Verfälschungen und der Ersatzstoffe. Die sachgemäße, klare und alle einschlägigen Punkte berücksichtigende Darstellung der einzelnen Abschnitte zeigt, daß ihre Verfasser, die sowohl durch ihre bisherige wissenschaftliche Tätigkeit, und vor allem durch ihre berufliche Erfahrung die eingehendste Vertrautheit mit den von ihnen bearbeiteten Sondergebieten besitzen, ein Werk geschaffen haben, das als zuverlässiger Ratgeber niemals im Stich lassen und sich als solches nicht nur bei chemischen, sondern auch bei wirtschaftlichen und gesetzlichen Fragen auf dem Gebiete des Lebensmittelgewerbes bewähren wird. Möge es deshalb eine recht weitgehende Verbreitung finden. Rpd..

Zweites und drittes Jahres-Supplement 1910/1911 (Band XXIII) und 1911/12 (Band XXIV) zu Meyers Grossem Konversations-Lexikon, sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. 1005 bezw. 1020 Seiten Text mit 994 bezw. 1150 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf 90 bezw. 110 Bildertafeln (darunter 9 bezw. 7 Farbendrucktafeln und 7 bezw. 14 selbständige Kartenbeilagen) sowie 8 bezw. 8 Textbeilagen. In Halbleder gebunden je 10 Mark oder in Prachtband je 12 Mark. Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien. 1914 u. 1915.

Das Bestreben des Verlags von Meyers Großem Konversations-Lexikon, dieses bedeutende Werk auch weiter mit der unaufhaltsam vorwärts drängenden Zeit Schritt halten zu lassen, kommt durch die Herausgabe von zwei neuen Bänden, des zweiten und dritten Jahres-Supplements (Band XXIII), zum Ausdruck, dessen vielseitiger Inhalt einmal vieles inzwischen Veraltete ergänzt, richtigstellt und fortführt, sodann aber auch durch eine beträchtliche Reihe völlig neuer Artikel überrascht. Im zweiten Jahres-Supplement finden wir z. B. höchst lehrreiche Beiträge zur Fortführung der Staatengeschichte und ihrer wirtschaftlichen Beziehungen, gehaltvolle Uebersichtsartikel über die Erforschung der fremden Erdteile, Einzelartikel über die Besitzveränderungen der Mächte und ihren Kolonien, über die Entwicklung der Großstädte Berlin, London, Neuyork, Paris, Wien, ferner die trefflichen Berichte über die Literatur der verschiedenen Länder, desgleichen solche über die Fortschritte der Chemie, der chemischen Technologie und Metallurgie, der Physik und Technik, der Medizin und Bakteriologie usw. In dem ebenso vortrefflich bearbeiteten dritten Jahres-Supplement (Band XXIV) interessieren die Leser dieser Zeitschrift die zahlreichen, sich mit der Arbeiterfrage befassenden Abhandlungen über: „Arbeiterversicherung", „Arbeitsmarkt", „Arbeitsnachweis", „Minimallohn", „Reichsarbeitsblatt", „Schieds- und Einigungsämter", „Versicherung im Deutschen Reich", „Sozialpolitische Gesetzgebung" u. a. und vor allem die Abhandlungen über die sozialen Fragen: „Mittelstandsbewegung", „Kriegswirtschaft" (Krieg und Volkswohlfahrt), „Moralstatistik", „Alkoholismus und

Schule", „Schulspeisungen", „Kinderheilstätten", „Kinderlesehallen", „Kindervolksküchen", „Sterblichkeit im Beruf", „Bevölkerungsbewegung" (Geburtenrückgang!), „Einfamilienhaus" u. a. Kein Besitzer des Lexikons sollte sich die Anschaffung der Bände entgehen lassen, die übrigens auch als selbständige Werke von großem Nutzen und praktischer Bedeutung sind.

Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Der **Vorstand des Kriegsernährungsamtes** hat im Verein mit den Vorständen zahlreicher großer wirtschaftlicher Verbände unter dem 1. d. Mts. folgenden **Aufruf** an die Verteidiger des Vaterlandes im Inlande erlassen, der hoffentlich überall volle Zustimmung und Beachtung finden wird:

„Zwei volle Kriegsjahre mit all ihren Schrecken und Nöten haben die Deutschen nunmehr ertragen müssen. Ungeheure Opfer sind ihm aufgelegt worden. Sie wurden dargebracht, weil die Abwehr des Angriffes einer Ueberzahl von Feinden auf den Bestand des Reiches und die Freiheit der nationalen und wirtschaftlichen Entwicklung Deutschlands sie forderten. Der unvergleichliche Todesmut unseres Heeres hat sich als unüberwindlich erwiesen.

Von wichtigen Zufuhrstraßen des Weltverkehrs abgeschnitten und auf den Ertrag der eigenen Scholle angewiesen, hat das deutsche Volk das zweite schwere Kriegsjahr zu überstehen vermocht, indem es tapfer und entsagungsvoll seine Friedensgewohnheiten änderte und durch Einschränkungen, ja durch Entbehrungen die schwere Mißernte des letzten Jahres auszugleichen wußte. Der Höhepunkt der an die Entsagungsfähigkeit des Volkes gestellten Anforderungen traf zusammen mit den gewaltigsten militärischen Anstrengungen, die je ein Volk bei der Abwehr einer Unzahl von Feinden zu leisten hatte.

Neben dem wütenden Kampf gegen die lebendige Wehr, die Heimat und Herd des deutschen Volkes schützt, führt der Feind einen schmählichen Krieg gegen Frauen und Kinder. Was die Waffengewalt auf dem Schlachtfelde nicht vermag, das soll der Hunger erzwingen. Wir sollen mürbe gemacht, der zähe Widerstand unserer Heere in der Heimat gebrochen werden.

Das wird ihnen nicht gelingen. Auf den heimischen Fluren reift uns eine Ernte entgegen, die reicheren Ertrag verspricht, als die vorjährige. Sie wird uns die Sicherheit bieten, daß bei richtiger, die Mängel der bisherigen Regelung vermeidender Verteilung die Hingabe der Opferwilligkeit unseres Volkes keine seine Kräfte übersteigende Belastungsprobe erfahren wird.

Das Kriegsernährungsamt wird alles daran setzen, daß die Nahrungsmittel gerecht und gleichmäßig verteilt werden und daß die Preise nicht über die durch die Kriegsverhältnisse gebotene Grenze hinausgehen. Soweit sich ohne Gefährdung der Bedarfssicherung eine Senkung des Preisstandes der Nahrungsmittel ermöglichen läßt, wird darauf hingewirkt werden. Auch bei Durchführung dieser Grundsätze muß sich das deutsche Volk Beschränkungen auferlegen. Sie sind aber gering anzuschlagen gegenüber den Entbehrungen und Opfern, die unser Heer seit zwei Jahren willig trägt.

Unermeßlichen Dank schulden wir in der Heimat den Tapferen da draußen, die unsere Grenzen schützen. Ihr Vorbild soll uns leiten bei der Anpassung an die Kriegsernährungsverhältnisse. So erfüllen wir einen Teil unserer Dankespflichten und bekunden den unerschütterlichen Siegeswillen des deutschen Volkes durch die Tat.

Errichtung eines Kriegswucheramtes. Der preußische Minister des Innern hat die Errichtung einer besonderen Zentrale zur Bekämpfung des Wuchers und sonstiger unlauterer Gebahrungen im Verkehr mit Gegenständen des täglichen Bedarfs verfügt, die dem Königlichen Polizeipräsidium in Berlin angegliedert wird und die Bezeichnung „Kriegswucheramt" führt. Das Amt wird seine Tätigkeit am 15. August aufnehmen. Es soll mit den Polizeibehörden und den Behörden der Staatsanwalt-

schaft im ganzen Lande in Verbindung treten und namentlich auf ein enges Zusammenarbeiten zwischen Polizei, Staatsanwaltschaft und Gericht hinwirken. Deshalb sind ihm sowohl Verwaltungsbeamte, wie Beamte der Staatsanwaltschaft zugeteilt. Die oberste Leitung des Kriegswucheramtes liegt in der Hand des Polizeipräsidenten von Berlin; als Beamte werden auch Sachverständige aus den verschiedenen Wirtschaftszweigen vom Minister des des Innern zu ständigen Mitgliedern des Kriegswucheramtes bestellt werden, damit in der wichtigen Tätigkeit des Amtes die praktischen Erfahrungen anerkannter Sachverständiger gebührend zum Ausdruck kommen. Außerdem wird dem Kriegswucheramte, um eine ständige Fühlung mit den verschiedenen Erwerbszweigen und mit der Oeffentlichkeit zu erhalten, ein beratender Ausschuß beigegeben, in den Vertreter der Landwirtschaft, der Industrie, des Handwerks und der Verbraucher, sowie im öffentlichen Leben stehende Männer durch den Minister des Innern berufen werden.

Das Kriegswucheramt soll die Bekämpfung des Kriegswuchers und ähnlicher Unlauterkeiten einheitlich leiten und möglichst wirksam gestalten; namentlich hat es seine Aufmerksamkeit auf die Verfolgung von Ueberschreitungen der Höchstpreise und übermäßigen Preissteigerungen, Zurückhaltung von Waren, Kettenhandel, den Schwindel mit Ersatzmitteln und weiteren derartigen Mißständen zu lenken. Seine Zuständigkeit erstreckt sich jedoch nur auf Gegenstände des täglichen Bedarfs, besonders auf Lebens- und Futtermittel aller Art, rohe Naturerzeugnisse, Heiz- und Leuchtstoffe, Waschmittel, Kleidungs- und Schuhwaren. Der Minister des Innern hat dem Kriegswucheramt umfassende Befugnis gegenüber den Polizeibehörden und andern Preisprüfungsstellen beigelegt. Eine größere Zahl eigener Exekutivbeamten ermöglicht es dem Kriegswucheramt, in wichtigeren Wucherfällen ohne Zeitverlust Ermittelungen im ganzen Lande mit Unterstützung der Polizei anzustellen. Ueber das Zusammenwirken zwischen den Behörden der Staatsanwaltschaft und dem Kriegswucheramt hat der Justizminister nähere Anordnungen erlassen.

Man kann die Errichtung des Kriegswucheramtes nur mit Freuden begrüßen; sie entspricht den vielfach auch aus den Kreisen der Medizinalbeamten laut gewordenen Wünschen.

Im Medizinalamt der Stadt Berlin ist eine **Zentralhilfsstelle für Krankenernährung** unter Leitung des Stadtmedizinalrats Dr. Weber errichtet. Hier sollen alle Sonderbewilligungen von Nahrungsmitteln, die von den Aerzten auf besonderen, im Medizinalamt zur Verfügung gestellten Attestformularen für ihre Kranken beantragt werden, nach vorangehender vertrauensärztlicher Begutachtung bearbeitet werden. Ein besonderes Merkblatt für Aerzte, das jedem Attestformular beigegeben wird, unterrichtet diese über alle Einzelheiten. Statt Bewilligung von Sonderzulagen auf ärztliche Bescheinigung kann auch die Gewährung von Mittagessen beantragt werden, das von der Küche eines städtischen Krankenhauses in drei verschiedenen Formen gegen Erstattung der Selbstkosten verabfolgt wird. In erster Linie würde hierbei die Bewilligung von Milch, Mehl statt Brot, Hafergries, Reis, Gries und ähnlichen Rohstoffen in Betracht kommen; es können aber auch Butterzulagen, insbesondere für Zuckerkranke, und in begrenzten Fällen Eier und Fleischzulagen gewährt werden.

Weiterhin hat der **Berliner Kriegsausschuß für Volksernährung** in seiner Sitzung am 21. v. M. unter Vorsitz von Ministerialdirektor Dr. Kirchner beschlossen, neben den städtischen Krankenhäusern Berlins auch die übrigen Groß-Berliner Krankenanstalten zur Verabfolgung von Krankenkost heranzuziehen. Mit Rücksicht auf deren zum Teil ungünstige Lage sollen aber noch andere Diätabgabestellen eingerichtet werden. Außerdem soll die Schaffung ähnlicher Organisationen in anderen Städten in die Wege geleitet werden. Die vorbereitenden Schritte dazu haben Ministerialdirektor Dr. Kirchner, Stadtmedizinalrat Dr. Weber, Prof. Dr. L. Kuttner und San.-Rat Dr. Moll übernommen.

Die **Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** ist von dem vor zwei Jahren verstorbenen Geh. Med.-Rat Dr. Finger in Münsterberg (Schlesien) in seinem Testament mit einem Vermächtnis von **3000 Mark** bedacht worden, zu dessen Auszahlung sich seine Witwe in hochherziger Weise schon jetzt mit Rücksicht auf den edlen und segensreichen Zweck der Stiftung bereit erklärt hat, obwohl ihr die Nutznießung des Kapitals bis zu ihrem Tode zustand. Der verstorbene Kollege hat seinerzeit die Gründung der Stiftung mit großer Freude begrüßt und diese nicht nur damals, sondern auch später wiederholt durch namhafte Beiträge unterstützt. Die vorzeitige Auszahlung des Vermächtnisses ist der beste Beweis, daß auch seine hochverehrte Frau Gemahlin der Stiftung ein gleiches warmherziges Interesse entgegenbringt, wofür wir ihr um so dankbarer sein müssen, als es der Stiftung dadurch ermöglicht wird, die infolge des Krieges in erhöhtem Maße an sie herantretenden Unterstützungsgesuche noch mehr als bisher berücksichtigen zu können. Ihr sowohl, als vor allem dem Stifter selbst der herzlichste und tiefgefühlteste Dank! Sein Andenken wird von den Mitgliedern der preußischen Medizinalbeamten und namentlich von den Mitgliedern der Jubiläumsstiftung allezeit in hohen Ehren gehalten werden!

Der **Deutsche Verein für Psychiatrie** wird am 21. und 22. September d. J. eine **Kriegstagung** in München abhalten. Zu Verhandlungen kamen: 1. Erfahrungen aus dem Kriege über die Aetiologie psychopathologischer Zustände, Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer-Berlin. 2. Dienstbrauchbarkeit der Psychopathen; Berichterstatter: Privatdozent Dr. Wilmanns-Heidelberg. 3. Frage der Dienstbeschädigung bei den Psychosen; Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer-Königsberg i. Pr. Am 22. September wird eine gemeinschaftliche Sitzung mit der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte stattfinden, auf der die Professoren Dr. Oppenheim-Berlin, Dr. Nonne-Hamburg und Dr. Gaupp-Erlangen über Neurosen nach Kriegsverletzungen berichten werden. Es wird gebeten, eigene Erfahrungen nicht in Form von Vorträgen, sondern in der Besprechung der erstatteten Berichte mitzuteilen.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberarzt d. Res. Dr. Boerst-Soden (Werra) (Reg.-Bez. Kassel).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Karl Frank-Berlin.
Generalober- und Korpsarzt Dr. Hahn-Freiburg i. Breisgau.
Generalarzt d. L. Prof. Dr. Hofmeister-Stuttgart.
Generalober- und Armeearzt Dr. Merkel-Köln a. Rh.
Stabsarzt d. Res. Dr. Neddersen-Aurich (Ostfriesland).
Oberstabsarzt Dr. Rosenbaum, Kreisarzt in Strelno (Posen).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Berthold Stahr-Lübeck.
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. v. Zander-Perleberg (Reg.-Bez. Potsdam).

Ferner haben erhalten:

Den Bayerischen Militär-Verdienstorden IV. Klasse mit Krone und Schwertern: Oberstabsarzt d. Res. Dr. Rauh, Bezirksarzt in Erding.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Feldunterarzt Fr. Bohrer-Erlangen.
Stabsarzt Dr. Emden-Darmstadt.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hubert Ermisch, Oberarzt an der Provinzial-Heilanstalt Treptow (Reg.-Bez. Stettin).
Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Fichtel-Hannover (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Furtmayr.
Oberarzt d. L. Dr. Paul Germer-Magdeburg.
Oberarzt Dr. Ludwig Hagenau-Straßburg i. Els.

Oberstabsarzt Dr. Hocheisen-Marbach (Württemberg).
Oberarzt d. Res. Dr. Paul Hönsch-Ostrowo (Reg.-Bez. Posen) (infolge von Krankheit gestorben).
Feldunterarzt Felix Leyser-Mühlhausen (Thüringen).
Stabsarzt d. L. Dr. Max Liebers, Oberarzt an der Heilanstalt Dösen bei Leipzig und Gerichtsassistenzarzt.
Stabsarzt d. Res. Dr. Anton Lurz-Geroldshausen (Unterfranken).
Feldarzt Dr. Wilh. Emil Nickstaedt-Dortmund.
Truppenarzt Dr. Paul Hermann Paetzold-Dresden.
Feldunterarzt E. Priemer.
Feldunterarzt R. Remley.
Stabsarzt d. Res. Dr. Gottfried Roth-Bad Reichenhall.
Reg.-Arzt d. L. Dr. Sailer, Stadtarzt in Murrhardt (Württemberg).
Unterarzt C. v. Scheidt-Elsdorf (Rheinland).
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Friedrich Schenk-Marburg (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt Dr. O. Schrader-Düsseldorf.
Generaloberarzt z. D. Dr. Karl Wilh. Trenkler-Dresden.
Generaloberarzt a. D. Dr. Bernhard Wende, Lagerarzt am Kriegsgefangenenlager bei Zerbst (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. Alfred Zahn-Genf (infolge von Krankheit gestorben).

Weiterhin ist auf dem Felde der Ehre gefallen: Einj.-Gefreiter Stud. med. Hermann Schmidt, Sohn des Bezirksarztes Dr. Schmidt in Oelsnitz (Königr. Sachsen).

In den letzten vier Wochen ist in Deutschland keine und in Oesterreich nur eine Cholera-Erkrankung vorgekommen.

Fleckfieber-Erkrankungen. Im Deutschen Reich ist in den Wochen vom 25. Juni bis 8. Juli und 9.—15. Juli je 1 Fall unter Kriegsgefangenen vorgekommen; in Oesterreich sind in den 4 Wochen vom 27. April bis 24. Mai 419, 366, 366 und 440 Erkrankungen gemeldet, davon 294, 310, 297 und 410 in Galizien; in Ungarn betrug ihre Zahl vom 29. Mai bis 11. Juni: 9, vom 12.—18. Juni: 5 und vom 26. Juni bis 2. Juli: 1.

Pocken. Im Deutschen Reich sind in den fünf Wochen vom 25. Juni bis 29. Juli 6, 3, 7, 2 und 5 Erkrankungen gemeldet; außerdem sind 53 bzw. 26 Erkrankungen unter den wolhynischen Rückwanderern in Heilsberg (Reg.-Bez. Königsberg) festgestellt; in Oesterreich betrug die Zahl der Cholerafälle in den 4 Wochen vom 23. April bis 20. Mai: 187, 274, 287, und 284, davon 116, 198, 202 und 146 in Galizien.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 25. Juni bis 15. Juli 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Rotz, Tollwut: — (—), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 12 (—), 5 (—), 12 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 4 (—), 20 (9), 71 (—); Aussatz: — (1), — (—), — (—); Malaria: — (—), — (—), 1 (—); Milzbrand: 2 (—), 1 (—), — (—); Pocken: 12 (—), 7 (1), 10 (1); Fleckfieber: — (—), 2 (—), — (—); Rückfallfieber: — (—), 1 (—), — (—); Paratyphus: — (—), 6 (—), 13 (—); Unterleibstyphus: 149 (14), 198 (18), 199 (14); Ruhr: 49 (9), 49 (4), 65 (11); Diphtherie: 1596 (94), 1741 (123), 1594 (96); Scharlach: 1309 (48), 1389 (67), 1201 (61); Kindbettfieber: 53 (12), 47 (10), 44 (16); Genickstarre: 20 (8), 6 (2), 10 (5); spinaler Kinderlähmung: — (—), 1 (—) 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 65, 75, 124; Tuberkulose (gest.): 690, 784, 701.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 16. Ausgegeben am 20. August 1916.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweig'schen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 16.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Zu Ehrenrittern des Johanniterordens sind ernannt: Med.-Rat Dr. v. Ingersleben, Kreisarzt in Quedlinburg, Oberstabsarzt Dr. v. Ammon, Referent am Königl. Bayerischen Kriegsministerium in München.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Hutt-Neurode zum Kreisarzt daselbst, der praktische Arzt Dr. Althoff in Attendorn zum Kreisassistenzarzt in Warendorf unter gleichzeitiger Beauftragung mit der Verwaltung der dortigen Kreisarztstelle.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Freyer-Stettin, Kreisarzt a. D. und Mitglied des Medizinalkollegiums für die Provinz Pommern.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel eines Geheimen Rates: dem Geh. Hofrat Prof. Dr. Hofmeier in Würzburg; eines Geheimen Hof-

(Fortsetzung der Personalien auf der letzten Seite des Umschlags.)

rates: den ordentl. Professoren Dr. Kröpelin und Dr. Rückert in München, Dr. Lehmann in Würzburg, Dr. Gerlach und Hauser in Erlangen; — der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors: den Privatdozenten Dr. A. Luxenburger, Dr. Franz Weber, Dr. Kämmerer, Dr. Otten, Dr. Veil, Dr. Max Müller, Dr. Hueck und Dr. Ach in München; — das Bayerische Ludwig Kreuz: den Bezirksärzten Dr. Seelos in Markt-Oberdorf, Med.-Rat Dr. Weber in Kehlheim und Med.-Rat Dr. Weiß in Mießbach.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Karl Pöhlmannn-Bamberg.

---

29. Jahrg. **1916.**

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 16. | **Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.** | 20. Aug.

Beitrag zum Auftreten der Pocken.

Von Bezirksarzt Dr. **Kindler** aus Flöha (Königreich Sachsen).

Nach einem Berichte des Reichsgesundheitsamtes an den Reichskanzler sind in einigen Gebieten des Reichs Pocken in einer gewissen Häufung aufgetreten und infolgedessen die Verwaltung und Medizinalbehörden auf besondere Wachsamkeit gegenüber dieser Krankheit hingewiesen worden. Die Ausbreitung der Krankheit soll darauf zurückzuführen sein, daß die ersten Erkrankungen von den Aerzten nicht richtig erkannt und deshalb nicht zur Anzeige gebracht sind. Hierzu vermag ich selbst einen lehrreichen Beitrag zu liefern, der diese Annahme voll bestätigt.

In Z. erkrankte ein noch nicht geimpftes Kind von $1^1/_2$ Jahren, dessen Vater im Felde stand, auf Urlaub nach Hause gekommen war und vorher ungewaschene Strümpfe nach Hause geschickt haben soll, an einem Hautausschlag, der zunächst nur den Eindruck von Spitzpocken machte. Dem behandelnden Arzte fiel aber auf, daß das Kind stark fieberte und daß sich im Gesicht ein besonders starker, zusammen-

fließender Ausschlag bemerkbar machte. Er schöpfte deshalb Verdacht auf echte Pocken und erstattete pflichtgemäß Anzeige. Das sich bei der hierauf vorgenommenen amtlichen Untersuchung bietende Bild konnte an dem Vorliegen von echten Pocken kaum einen Zweifel lassen. Deshalb wurden sofort die nötigen Anordnungen, wie Ueberführung in das Krankenhaus, Impfung der Umgegend, Ueberwachung usw., durchgeführt. Das Kind starb im Krankenhause. In der Stadt kam hierauf eine weitere Erkrankung nicht mehr vor. Der Vater des Kindes konnte persönlich nicht als Ueberträger des Pockengiftes in Frage kommen, da er erst wenige Tage vor der Erkrankung des Kindes aus dem Felde zurückgekommen war. Es blieb höchstens die Annahme übrig, daß mit der schmutzigen Wäsche allenfalls Pockengift in das Haus gelangt sein könnte.

Nach etwa 3 Wochen erkrankte in dem der Stadt Z. benachbarten K. eine hochschwangere 30 jährige Frau unter Erscheinungen, die auf die schwerste Form der Pocken (hämorrhagische) hindeuteten. Derselbe behandelnde Arzt, durch die vorhergegangene Pockenerkrankung aufmerksam geworden, erkannte sofort den Ernst der Sachlage, erstattete ebenso schnell Anzeige, konnte aber nicht verhindern, daß die Kranke schon am nächsten Tage nach eingetretener Frühgeburt unter dem typischen Bilde von hämorrhagischen Pocken, noch ehe es überhaupt zur Ausbildung von Pusteln gekommen war, verstarb. Die vorgenommene Leichenöffnung ergab keinen Anhalt für Annahme einer anderen Todesart als Pocken. Der Weg der Ansteckung war hier klar nachzuweisen, indem eine Frau, die das vorher in Z. gestorbene Kind gepflegt hatte, ohne selbst zu erkranken, die Schwägerin und Hausgenossin der jetzt Gestorbenen war; sie scheint die Pockenerreger an ihren Kleidern in das Haus gebracht zu haben. Nach Durchführung der entsprechenden Maßnahmen kam auch in diesem Orte kein weiterer Pockenfall vor.

Wesentlich ungünstiger gestaltete sich dagegen ein Pockenausbruch in dem Orte W., der zwar auch der Stadt Z. benachbart, aber nach einer anderen Richtung liegt. Hier erkrankten, wie sich erst nachträglich herausgestellt hat, fast zu gleicher Zeit wie in Z. nacheinander 9 Personen, die alle miteinander mehr oder weniger verwandt und verschwägert waren und engeren Verkehr gepflogen hatten. Die Erkrankungen verliefen unter Erscheinungen, die dem behandelnden Arzte, diesmal jedoch einem anderen, nur als Spitzpocken imponierten, weil der Verlauf meist ein sehr leichter und kurz dauernder war. Auffällig war jedoch, daß nur Erwachsene erkrankten, daß sich auch bei ihnen höheres Fieber bemerkbar machte und daß eine der Personen starb, ohne daß sich der Arzt über die eigentliche Todesursache recht klar war. Erst bei dem 5. Erkrankungsfalle, einem 54jährigen Manne, erschien der Ausschlag so stark, daß ihm nunmehr der Verdacht auf echte Pocken aufstieg. Demgemäß kamen die Pockenerkrankungen erst jetzt,

ungefähr 6 Wochen nach dem Auftreten des ersten Falles zur amtlichen Kenntnis. Die Untersuchung des betreffenden Kranken ergab das Vorliegen eines schweren Pockenfalles, der bald nach Ueberführung des Kranken in das Krankenhaus tödlich endete. Ein kurz darauf ganz bestimmt nur als Spitzpocken bezeichneter Fall hatte sich bis zur amtlichen Untersuchung ebenfalls zum mittelschweren Pockenfall ausgewachsen. Zwei weitere Personen, die nach Feststellung des ersten Pockenfalles frisch geimpft worden waren, aber die Ansteckungskeime sicher schon in sich aufgenommen hatten, erkrankten wieder nur sehr leicht.

Ueber den Ursprung der Erkrankungen in W. ist ziemliche Klarheit geschaffen worden. Es sind nämlich von einem in Rußland Gefallenen Kleider und Wäsche an die Angehörigen in W. geschickt worden, die vielleicht vorher nicht desinfiziert worden sind. Kurze Zeit darauf erkrankte der Schwiegervater des Gefallenen, der das Paket geöffnet und sich weiter mit ihm beschäftigt hatte, als erster, und an ihn reihten sich dann die übrigen Erkrankungsfälle zeitlich in genauer Folge an. Wegen der sehr späten Erkennung des Ernstes der Lage und der daraus sich ergebenden Unterlassung der Anzeige konnten die nötigen Abwehrmaßnahmen erst sehr spät einsetzen; trotzdem kann die kleine Epidemie, nachdem nunmehr 5 Wochen lang kein neuer Fall aufgetreten ist, schon als erloschen betrachtet werden.

Aus dieser Epidemie ergeben sich einige beherzigenswerte Lehren. Zunächst besteht die Schwierigkeit des Erkennens der Krankheit. Es soll nicht verkannt werden, daß der zuerst genannte Arzt insofern leichteres Spiel hatte, als schon der erste Fall ein annähernd typisches Bild von echten Pocken bei einem noch nicht geimpften Kinde bot. Schwieriger war es für den zweiten Arzt, die Lage zu erkennen, weil zunächst ein Schulfall von Pocken nicht vorlag. Weitaus die größte Zahl der jetzt lebenden Aerzte hat wohl überhaupt echte Pocken kaum je gesehen, so daß sie beim Auftreten ganz leichter Pockenfälle meist nicht sofort auf den Ernst der Sache aufmerksam werden und nur Spitzpocken anzunehmen geneigt sind. Sie müßten aber wohl stutzig werden, wenn solche bei erwachsenen Personen unter Erscheinungen, die den Spitzpocken nicht eigentümlich zu sein pflegen, auftreten. Es besteht ferner die sehr große Gefahr, daß ein recht erheblicher Teil der ganz leichten Pockenfälle gar nicht in ärztliche Behandlung und damit auch kaum zur Anzeige kommt. Wenn sich nun selbst für die Aerzte die Unterscheidung zwischen Spitzpocken und echten Pocken bei leichten Fällen schwierig gestalten kann, so braucht man sich nicht zu wundern, daß sich ganze Epidemien auch unter der durch die allgemeine Impfung geschützten Bevölkerung Deutschlands entwickeln können. Um diesem Mißstand zu steuern, ergibt sich die Notwendigkeit, die Anzeigepflicht auch auf die Spitzpocken mindestens während der Kriegszeit auszu-

dehnen. Diese Maßregel ist auf meine Anregung hin von der Verwaltungsbehörde auch sofort für den in Frage stehenden Medizinalbezirk angeordnet worden.

Die Epidemie lehrt weiter, daß der Impfschutz der Bevölkerung zwar ein guter, aber kein vollständiger ist. Es erwies sich, daß abgesehen von dem ersten Fall, der ein noch nicht geimpftes Kind betraf, von der Krankheit nur ältere Personen betroffen worden sind, deren Impfschutz weit, in 5 Fällen sogar sehr weit zurücklag. Der Verlauf ist bei 3 von diesen sehr schwer und tödlich gewesen, bei den übrigen sehr leicht bis mittelschwer je nach der Länge des zurückliegenden Impfschutzes. Es ist deshalb dringend erwünscht, daß bei dem Auftreten von Pocken die Bevölkerung über die drohende Gefahr aufgeklärt und sofort für allgemeine öffentliche Impfungen Sorge getragen wird, um jedermann Gelegenheit zu geben, seinen Impfschutz zu erneuern. In dem Orte W. haben sich zu den angesetzten Impfterminen 370 Personen, d. i. 1 Fünftel der ganzen Bewohnerschaft, eingefunden.

Endlich scheint mir die Epidemie den Wert der Abwehrmaßnahmen klar erwiesen zu haben; denn trotzdem daß in den beiden ersten Orten je 1 schwerer und schwerster Fall vorgekommen war, ist ihnen doch kein weiterer gefolgt, weil sofort Anzeige erstattet und deshalb sofort mit den Abwehrmaßnahmen eingesetzt werden konnte. Umgekehrt konnte sich in W. die Epidemie leicht ausbreiten, weil wegen Verkennens der Sachlage keine Anzeige erstattet wurde und deshalb die Abwehrmaßnahmen zu spät kamen. Geichwohl ist nicht zu verkennen, daß auch hier ihre Wirksamkeit sofort nach Anordnung und Durchführung eingesetzt hat, so daß die Epidemie recht rasch erlosch.

Zum Geburtenrückgang in Deutschland.

Von Dr. E. Richter, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Dessau.

Die Sorgen und Bedenken über den Geburtenrückgang in Deutschland wollen mit Recht nicht verstummen und ebensowenig die daraus gefolgerten trüben Voraussetzungen für die Wehrkraft und Stärke unseres Vaterlandes. Wenn wir aber an eine göttliche Vorsehung glauben, kann uns doch, wie wir alle fest annehmen, der Sieg wahrlich nicht zufallen, damit wir nach dem Kriege durch dauernden langsameren oder schnelleren Geburtenrückgang dem Völkertode, wie unser französischer Nachbar, verfallen, der sich im Rückgange seiner Volksbedeutung seit den Freiheitskriegen, also seit hundert Jahren befindet, trotz der künstlichen Glanzperiode unter Louis Napoleon.

Die Frage des Geburtenrückganges hat wohl zuerst, allerdings nur theoretisch, der englische Kaplan Thomas Malthus schon im Jahre 1798 mit seinen Veröffentlichungen ins Leben gerufen, in denen er die Zunahme der Bevölkerung als eine Gefahr betrachtete, da nach seiner Annahme die Erde mit ihren

Erträgen nicht mehr imstande sein würde, eine vermehrte Bevölkerung zu ernähren, und deshalb eine Uebervölkerung zu erwarten sei. Die Zeit und die Erfahrung hat seinen Anschauungen nicht Recht gegeben, denn durch geeignete und verbesserte Kultur ist die Fruchtbarkeit der Erde gegen früher vielfach erheblich gesteigert worden. Dagegen hat sich die Neigung zur absichtlichen Beschränkung der Kinderzahl oft fälschlich der Malthusschen Theorie zu ihrer Rechtfertigung bedient. Jedenfalls sehen wir jetzt aus eigener Anschauung, daß trotz der seit 1798 unendlich vermehrten Einwohnerzahl Europas und trotz der ungeheuren Menge von Nahrungsmitteln, die durch die kriegführenden Mächte gegenseitig vernichtet wird, zwar notwendige Sparsamkeit im Verbrauche der Nahrungsmittel und genaue Regelung ihrer Verwendung geübt werden muß, aber, abgesehen von einigen außerdeutschen Ländern, in denen nach Zeitungsnachrichten Hungersnot herrschen soll, die Zahl der Bevölkerung wenigstens in Deutschland der malthusianischen Ansicht nicht Recht gegeben hat. Wohl aber sehen wir die den Volkswirten bekannte Erscheinung, daß mit Zunahme des Reichtums und der Mittel, sich ein bequemeres, sogenanntes angenehmeres Leben zu schaffen, statt der Zunahme der sehr wohl zu ernährenden Familie die Zahl der Ehen sich mindert, und die weniger guten Eigenschaften der Menschen, Geiz, Genußsucht, Eigensucht, Neigung zur Bequemlichkeit, und wie wir jetzt zu unserem tiefsten Bedauern sehen müssen, Wucher, unredliches Geschäftsgebahren sich in einem Teile der Bevölkerung gesteigert haben; wir sehen, wie mit der gesteigerten Genußsucht und der überstiegenen Wertschätzung der äußerlichen Dinge die bewußte Absicht der Förderung des Geburtenrückganges in unserem Volke besteht, und die Leute, die viele Kinder mit gutem Willen ernähren könnten, um äußerer Dinge willen sich auf eine möglichst kleine Zahl beschränken. Man konnte nur den Kopf schütteln und sich wundern, wenn z. B. ehrbare Familienväter und Mütter vor dem Kriege es für notwendig hielten, mit heißem Bemühen im Schweiße ihres Angesichtes als gebildete Menschen Tango tanzen zu lernen. Wie mögen sich jetzt dieselben Personen, die Männer vielleicht teilweis im Schützengraben, wohl in Erinnerung ihrer Tanzstudien vorkommen? —

Wir sehen ferner, daß eine Anzahl Männer, die wohl in der Lage und im Alter wären, eine Familie zu gründen, sich vor den damit verbundenen Lasten und Ausgaben fürchten, damit nur genug für sie übrig bleibt, abgesehen von denen, denen ihre „Verhältnisse“ nicht gestatten, in ein eheliches Verhältnis einzutreten. Natürlich sind dies bei weitem nicht alle, denn es gibt außer den angeführten Gründen noch ehrenhafte Gründe genug, die dem Manne eine Eheschließung nicht wünschenswert erscheinen lassen.

Die Gründe des Geburtenrückganges liegen also nicht in einer Verminderung der Kraft und Gesundheit der im fortpflanzungsfähigem Alter stehenden männlichen Personen, von

denen doch meist der Anstoß zu einer Ehescheidung ausgeht. Die Untersuchungen des Generalstabsarztes v. Schjerning und des Generalarztes Nagel beweisen sogar, daß die Kraft und Gesundheit, sowie die durchschnittliche Körpergröße der Militärtauglichen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat.

Die Mittel, die von der Gesetzgebung bis jetzt gegen den Rückgang der Geburten vorgeschlagen und ausgeführt sind, wie Unterdrückung der entsprechenden Anzeigen zur Erleichterung der Abtreibung und Bestrafung der Schuldigen bei deren Ausübung, sowie Bekämpfung des Alkoholismus, der Geschlechtskrankheiten, ebenso der auf sittlichem und religiösem Gebiete geführte Kampf dagegen haben leider einen sichtbaren und nachweisbaren Erfolg noch nicht aufzuweisen.

Der Ueberschuß von Lebenden gegen die Sterbezahl beträgt zur Zeit allerdings in Deutschland jährlich immer noch 800000 Menschen. Er beruht aber weniger auf dem Ueberschuß an Neugeborenen, sondern darauf, daß die allgemeine Lebensdauer infolge der Wirkung der Gesundheitspflege bedeutend — mindestens 5—7 Jahre — zugenommen hat. Dies Verhältnis wird sich noch bessern, wenn erst die Maßregeln zur Schonung der Mütter und die Säuglingspflege aus den Anfangsstadien, in denen sie sich noch befinden, heraus sind, und die Wohnungsfrage befriedigend gelöst ist. Nach einem Vortrage des Kammerherrn Dr. von Behr-Pinnow bei der Eröffnung der Deutschen Gesellschaft für Säuglingspflege und Kleinkinderschutz am 21. Juni d. J. sterben jährlich noch 250000 Kinder infolge ungeeigneter Pflege, die bei sachgemäßem Verhalten der Mütter und Pflegerinnen hätten am Leben bleiben können.

Die Erscheinung des Geburtenrückganges beschränkt sich aber nicht nur auf Deutschland, wo die Geburtenzahl, auf 1000 Einwohner berechnet, von 42,6 im Jahre 1876 auf 29,5 Kinder im Jahre 1911 gesunken ist, sondern betrifft alle europäischen Völker und Nordamerika mit Ausnahme Rußlands. Am größten ist der Rückgang der Geburtenziffer in Frankreich.

Es ist der steigenden Kultur und den gesteigerten Ansprüchen an die Lebensführung zu verdanken, daß wir uns zurzeit noch sehr weit von dem idealen Standpunkt befinden, daß im Staate die Nahrungs- und Erwerbsverhältnisse sich so stellen, daß jeder, der erwachsen und arbeitsfähig ist, bei Fleiß und Mäßigkeit in der Lage ist, eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen, wie es im Altertum im jüdischen Volke gesetzliche Vorschrift war. Jedenfalls sollte das Streben jeder Staatsverwaltung dahin gerichtet sein, diese eigentlich natürlichen Verhältnisse herbeizuführen.

Wie sich aber in früheren Zeiten starker Geburtenabnahme und starker Abnahme der Bevölkerungszahl die dem deutschen Volke inne wohnende Lebenskraft und natürliche Stärke selbst geholfen hat, wird diese auch bei der jetzigen Geburtenabnahme und den Kriegsverlusten ihre wohltätige völkervermehrende Wirkung entfalten. Wenn wir an der Hand

der Geschichte die Zeiten betrachten, in denen das deutsche Volk durch die verheerenden Pestzüge des Mittelalters, durch die inneren Volksfehden, durch den langwierigen dreißigjährigen und den siebenjährigen Krieg, in den letzten hundert Jahren durch die Freiheitskriege und die Kriege von 1866 und 1870/71 außerordentlich vermindert war, also naturgemäß auch weniger Geburten erfolgten, wenn wir ferner bedenken, in welchen Nahrungs- und Wohnungsnöten wenigstens nach dem 30jährigen und siebenjährigen Kriege, sowie in und nach dem Freiheitskriege die Bevölkerung Deutschlands lebte, so muß man erstaunen über die unerschöpfliche Lebens- und Volkskraft, aus der nach diesen volksvermindernden Vorgängen in kurzer Zeit eine riesige Vermehrung von Menschen stattfand, eine Vermehrung, die Deutschland seinerzeit die Bezeichnung der „Kinderstube Europas" eintrug. Wer alte Urkunden und Kirchenbücher aus der Zeit des dreißigjährigen Krieges und kurz nach demselben durchliest, wird erstaunt sein über die Zunahme neuer Namen besonders in den Dorfgemeinden, wo die ausgestorbenen Bauerngüter und kleineren Wirtschaften durch ausgediente Soldaten vom Lande, die mit ihren sogenanten „Ersparnissen" — wohl teilweis auch durch Plünderung erworben — sich ankauften, heirateten und eine Familie gründeten, in der der Kindersegen als wohltätige Hilfe bei Bewirtschaftung des Eigentums betrachtet wurde.

Meist blieben damals auch die Kinder auf dem Lande, denn die Abwanderung in die Städte war den Söhnen der freien Bauern durch das Zunftwesen sehr erschwert, und die Hörigen bedurften der oft verweigerten Erlaubnis der Burgherrn zum Wechsel des Wohnortes. So kam es, daß, wie auch jetzt noch, die ländliche Bevölkerung die der Städte an Zahl übertraf, und zwar nicht bloß an Zahl, sondern auch meist an körperlicher Kraft gegenüber den in den engen Straßen des Mittelalters erwachsenen Städtern.

Die älteren unter uns kennen aus eigener Anschauung die Zunahme der Bevölkerung nach dem Kriege 1870/71. Nachdem die Gründung des Deutschen Reiches so viele bestehende unnötige und kleinliche Schranken des politischen Lebens beseitigt hatte, betrug sie beispielsweise in den Jahren 1885—1896 elf Millionen.

Man kann die nach jedem volksvermindernden Ereignis, wie Pest und lange Kriegsnot eintretende Volksvermehrung, die ohne besondere Hilfen, wie die Geschichte lehrt, jedesmal eingesetzt hat, als eine Art Selbsthilfe betrachten, die sich aus der unverwüstlichen Lebenskraft des deutschen Volkes entwickelte.

Wenn wir nun diese Selbsthilfe durch Maßnahmen unterstützen, die sie wirksamer machen, so wird auch der Erfolg nicht ausbleiben. Diese Unterstützung ist in hohem Maße durch die Beschlüsse des Reichstages gegeben. Insbesondere kommt hier das von ihm angenommene Ansiedelungsgesetz der

Kriegsbeschädigten in Betracht, bei dessen Beratung am 10. April d. J. der Abgeordnete Dr. Paasche folgendes sagte:

„Wir sehen in dem Gesetz einen hochbedeutenden Schritt sozialer Fürsorge für unsere Kriegsinvaliden und Kriegswitwen. Wir begrüßen darin auch den Anfang einer allgemeinen sozialen Bewegung, die darauf hinarbeitet, diejenigen, die nicht mehr imstande sind, aus eigener Kraft voll das zu erwerben, was sie für sich und die Ihrigen brauchen, aus den engen Wohnstätten der Großstadt möglichst hinauszuführen in die gesunde Luft des Landes, und sie in den Stand zu setzen, sich dort auf kleinem Besitz, auf eigener Scholle einen Teil des Lebensunterhaltes zu erarbeiten. Dort werden sie das Bewußtsein haben, nicht als müssige und mürrische Rentenempfänger in den Großstädten ein nutzloses Dasein zu fristen, sondern könnten immer noch mit eigenen Händen auf eigener Scholle geringe Arbeit verrichten und mit Hilfe der Frau eine gesunde Nachkommenschaft großziehen.“

Soll durch dieses Gesetz auch zunächst nur den Kriegsbeschädigten geholfen werden, so eröffnet doch der Schlußsatz eine glänzende Aussicht für die Volksvermehrung. Die kriegsbeschädigten Ansiedler befinden sich alle im zeugungsfähigen Alter, ohne Hilfe der Frau können sie ihre Scholle nicht bebauen, etwaige Kinder sind ihnen eine willkommene Hilfe bei der Arbeit. Also auch für spätere Zeiten ist der Plan der Siedelung der ehemaligen Krieger einer der großartigsten, und in seiner späteren Wirkung hoffnungsvoll und erfreulich.

Machen weiterhin in dem zu erhoffenden größeren Deutschland ländliche Siedler deutscher Nation, die jetzt im Auslande sich befinden, sich neu ansässig, so haben wir alle Hoffnung, daß das Land, wie es früher gewesen ist, das Sammelbecken für nationale Volkskraft bleibt und immer mehr sich dazu entwickelt, seinen Ueberschuß in die Städte und Kolonien abzugeben. Die Sage des Altertums vom Riesen Antäus, der durch Berührung der Mutter Erde im Kampfe immer neue Kraft schöpfte, gilt auch für uns Deutsche; denn durch immer eindringlichere Berührung und Beziehung zur Mutter Erde und ihre Bebauung gewinnt der einzelne und somit das ganze Volk neue Kraft, Mut und Selbstbewußtsein.

Mit diesen Eigenschaften ausgerüstet, wird in Deutschland eine fromme, kräftige und kampftüchtige, zahlreiche, schollentreue Nachkommenschaft heranwachsen, die imstande ist, das jetzt so schwer Errungene fest in der Hand zu behalten und weiter auszubauen, sowie den Geburtenrückgang aufzuhalten und auszugleichen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Giftwirkung des Zyanamids. Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Koelsch-München. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 6.

1. Das Zyanamid wirkte im Tierversuch giftig, und zwar subkutan in Mengen von etwa 10 mg auf 50 g Körpergewicht beim Frosch; 1 g auf 1000 g Körpergewicht beim Kaninchen tödlich; bei innerlicher Verabreichung wirkten beim Kaninchen 0,75—1 g pro 1000 g Körpergewicht tödlich nach etwa 10 Stunden und mehr, 1,5 g nach etwa 4—5 Stunden. Die Vergiftungs-

erscheinungen bestehen hauptsächlich in Atmungs- und Zirkulationsstörungen (vergl. Ziff. 4).

2. Mengen von etwa 0,2 g auf 1000 g Körpergewicht per os machten beim Kaninchen keinerlei bemerkbare Veränderungen. Auch beim Menschen machen die bei der industriellen oder landwirtschaftlichen Tätigkeit (Arbeit mit Kalkstickstoff mit ca. 57 % Zyanamidgehalt) aufgenommenen Zyanamidmengen keine krankmachenden Erscheinungen. Eine kumulierende Wirkung ist nicht beobachtet.

3. Deutliche Vergiftungserscheinungen treten jedoch beim Warmblüter bezw. Menschen sofort auf, wenn bei oder nach Aufnahme selbst kleiner Zyanamidmengen auch nur kleine Alkoholmengen einverleibt werden.

4. Unter den hier auftretenden Symptomen erscheint besonders auffällig der Blutandrang zum Kopf bezw. zur oberen Körperhälfte, der auf einer spezifischen vasomotorischen Wirkung beruht. Inwieweit außerdem eine direkte Beeinflussung des Atemzentrums oder des respiratorischen Gaswechsels eintritt, bleibt offen. Eine gewisse Aehnlichkeit des Symptombildes mit der Zyan-Vergiftung besteht.

5. Die Zyanamidwirkung charakterisiert sich jedoch als eine Vergiftung eigener Art; sie ist nicht etwa auf die im Körper aus dem Z. sich allmählich bildenden und nach und nach zur Wirkung kommenden Zyanide zurückzuführen, sondern auf das eingeführte Zyanamid selbst, wie dies auch Coester und Stritt bereits früher betont haben. Dr. Wolf-Hanau.

Ein Fall von Bromoformvergiftung. Von Dr. B. Rattner-Wildau. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 28.

Ein 4jähriger Knabe hatte aus einer Flasche mit Bromoform getrunken, das ihm zwecks Bekämpfung des Keuchhustens verordnet war. Die Menge des genossenen Bromoforms betrug etwa 1 ccm, das ist die doppelte Höchstgabe für Erwachsene und ungefähr die sechsfache Höchstgabe für vierjährige Kinder.

Kurz nach dem Genuß fiel das Kind um und wurde beinahe bewußtlos, zyanotisch; Puls kaum fühlbar, beschleunigt. Nach Kampferspritze und kalter Uebergießung Aufwachen, Verwirrtheit. Nach einer zweiten Kampferspritze und starkem Kaffee Rückkehr des Bewußtseins und voller, langsamer Puls. Nach ½ Stunde war der Knabe orientiert, jedoch nicht imstande, das Gleichgewicht zu halten. Nach einiger Zeit starkes Erbrechen und 3 Stunden später vollständige Genesung. Dr. Roepke-Melsungen.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Vom Inzest. Von Dr. Max Marcuse-Berlin. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Verlag von Carl Marhold-Halle a. S. X. Bd., Heft 3 und 4. 8°, 84 Seiten. Preis 2 M.

Nach wie vor besteht nach den soziologischen und prähistorischen Forschungen die Ansicht, daß die ursprüngliche Form der Sexualbeziehungen inzestuöser Natur gewesen ist; geschlechtliche Verbindungen unter Blutsverwandten waren im Altertum nicht nur nicht verboten, sondern wurden geradezu gern eingegangen, ja mit Hinblick auf göttliche Vorbilder direkt geboten. Die Inzestabneigung ist auf jeden Fall ein Kulturprodukt; die vielfach verbreitete Ansicht, daß sie durch gesundheitliche Rücksichten, durch die Schädlichkeit der Blutsverwandtenehe für die Nachkommenschaft, hervorgerufen sei, aber keineswegs zutreffend. Wenn es auch feststeht, daß Blutsverwandtschaft der Eltern in Wirklichkeit oft Entartung und Krankheit der Kinder und Kindeskinder zur Folge hat, so liegt die Ursache dafür doch hauptsächlich in der psychopathischen Veranlagung der betreffenden Blutsverwandten; eine Heirat zwischen ihnen ist deshalb weniger der Grund für die Minderwertigkeit der Nachkommen, als ein Zeichen für die Minderwertigkeit der Zeugenden. Die Inzestscheu hat sich infolge der sexuellen Abneigung zwischen Nächstverwandten entwickelt, die durch die Gewohnheit des dauernden Zusammenlebens in der Kindheit und Jugend bedingt wird. Das beständige Beieinandersein von Kindheit an läßt eben sexuelle Reize und Wünsche zuein-

ander nicht aufkommen. Auch der Gedanke der „Familienreinheit“ spielt dabei eine Rolle.

Der Begriff und die Vorstellung der sog. Blutschande ist erst relativ jungen Datums, die Abscheu vor ihr hat sich allmählich durch Sitte, Wirtschafts- und Gesellschaftsformen durch Erziehung und Vernunft herausgebildet und zu ihrem Verbot wie zu ihrer strafrechtlichen Ahndung geführt. Aus der Genese der Inzestscheu ergeben sich auch die meisten Hinweise für die Ursachen des Inzestes selbst, soweit dieser nicht auf krankhafter Anlage beruht. Inzestuöse Handlungen zwischen Kindern werden meist nur bei unbeaufsichtigten Kindern beobachtet; sie stellen sich in der Regel als mehr oder weniger harmlose Symptome dar, in der Minderzahl der Fälle sind sie Zeichen einer groben Vernachlässigung, einer psychopathischen Veranlagung oder einer psychischen Erkrankung. Begünstigt werden derartige Fälle durch schlechte Wohnungsverhältnisse, die überhaupt für die große Mehrzahl der Fälle von Blutschande auch zwischen Erwachsenen ausschlaggebend sind. Wohnungselend ruft außerordentlich häufig blutschänderische Beziehungen zwischen Vater und Tochter sowie zwischen den Geschwistern hervor; auch die Fälle, wo die Mutter ihren Sohn zum blutschänderischen Geschlechtsverkehr veranlaßt, sind nicht selten; auffallend ist überhaupt, daß der aktive Anteil des weiblichen Geschlechtes bei der Blutschande verhältnismäßig groß ist. Bei den dem Verfasser bekannten, nur zum kleinsten Teil forensisch gewordenen Fällen war z. B. in annährend der Hälfte die weibliche Partei der schuldige Teil. Außer Wohnungselend treiben auch andere ungünstige wirtschaftliche Nöte häufiger zum Inzest. Bei verhältnismäßig vielen Blutschändern besteht ferner eine moralische Anästhesie, d. h. eine völlige Verständnislosigkeit für das Unnatürliche und Verbrecherische ihrer Handlungsweise, bedingt durch die Naivität weiter Volkskreise unserem Sittlichkeitskodex gegenüber. Auch sexuelle Not kommt als Ursache der nicht auf pathologischer Anlage beruhenden Fälle in Betracht, seltener das Abwechselungsbedürfnis — bei Perversen und Uebersättigung am Normalen — und gelegentlich auch der Aberglaube.

Unter den pathologischen Ursachen der Blutschande spielen die psychischen Störungen die Hauptrolle und zwar an erster Stelle die durch den Alkohol hervorgerufenen, ferner geistige Schwäche, krankhafte Steigerung des Geschlechtstriebes, Eifersucht (des Vaters auf den Bräutigam, der Mutter auf die Braut des Sohnes, der Schwiegermutter auf die Schwiegertochter usw.). Bisweilen liegt der inzestuösen Liebe der Eltern zu den Kindern eine Art Autoerotik zu Grunde; in anderen Fällen entsteht der Inzest aus der Lust am Verbotenen, vereinzelt herrscht anscheinend ein sadistisches Motiv vor (bei Wüstlingen, die in der Blutschande das Nonplusultra der sexuellen Genüsse erblicken). Homosexuelle inzestartige Handlungen sind besonders zwischen gleich geschlechtlichen Geschwistern weiblichen Geschlechts in besser gestellten Familien nicht selten. — Für die in der Psychiatrie allgemein vorherrschenden Ansicht, wonach die sexuelle Hinneigung zu nahen Blutsverwandten als Zeichen psychopathischer Konstitution anzusehen ist, spricht die scheinbare Erfahrung, daß der Inzest in einer großen Zahl der forensisch werdenden Fälle von oder an psychisch oder abnorm befundenen Personen begangen sind. Nach Ansicht des Verfassers kann jedoch nicht jede inzestuöse Neigung als eine psychopathische angesehen werden; denn in den meisten zur Kenntnis gelangenden Fällen von Blutschande handelt es sich um sexuelle Perversitäten und nicht um sexuelle, durch pathologische Störungen bedingte Perversionen.

Was das Vorkommen und die Verbreitung des Inzestes betrifft, so sind im Deutschen Reich von 1895—1906 jährlich 381—534 Personen = 1,0 bezw. 1,3 auf 100000 strafmündige Zivilpersonen verurteilt; davon entfielen nach dem Beruf 33% auf Land- und Forstwirtschaft und 38% auf Handel und Industrie. Am häufigsten wurde Blutschande in Baden und einzelnen Teilen von Bayern beobachtet, selten dagegen in den Provinzen Pommern, Schleswig und Hannover, in Mecklenburg-Schwerin, Oldenburg, Lübeck und Hamburg. Auffallend ist der sehr geringe Anteil der Juden an dem Inzestdelikt; in der Kriminalstatistik ist nicht ein einziger

Jude als Blutschänder aufgeführt. Die Kriminalstatistik ist allerdings nicht maßgebend für die Häufigkeit des Deliktes, da die vielen Fälle eben nicht forensisch werden.

Die strafrechtliche Behandlung der Blutschande ist in den modernen Staaten sehr verschieden. In Belgien und Portugal wird z. B. der Inzest überhaupt nicht, in Italien nur bei öffentlichem Skandal und in Frankreich nur eine solche der Aszedenten gegen ihre minderjährigen Deszedenten bestraft. In Holland ist die Unzucht der Eltern mit ihren unmündigen Kindern verboten, in Rußland wird nicht nur die Blutschande zwischen Verwandten in auf- und absteigender Linie (mit 10jährigem Gefängnis und Verbannung nach Sibirien), sondern auch diejenige zwischen Seitenverwandten, Verschwägerten zweiten und dritten Grades (mit 5- bezw. 3jährigem Gefängnis und Verbannung nach Sibirien bezw. Tomsk) geahndet. China belegt die Blutschande mit der höchsten Strafe, der Todesstrafe. Zivilrechtlich ist die Ehe zwischen Verwandten soweit verboten, als der Sexualverkehr zwischen diesen strafrechtlich als Blutschande angesehen wird. Im Deutschen Reich ist der § 1310 des B.G.B. maßgebend, der die Ehe zwischen Verwandten in grader Linie, zwischen voll- und halbbürtigen Geschwistern, sowie zwischen Verschwägerten in grader Linie verbietet. Strafrechtlich wird nach § 173 Str.G.B. der Beischlaf zwischen Verwandten auf- und absteigender Linie (bei den ersteren mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren, bei den letzteren mit Gefängnis bis zu 2 Jahren), zwischen Verschwägerten auf- und absteigender Linie sowie zwischen Geschwistern (mit Gefängnis bis zu 2 Jahren) bestraft; außerdem kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Bei Beurteilung der Frage, ob denn der sogenannte Inzest überhaupt und insbesondere im Sinne des § 173 Str.G.B. als strafwürdig betrachtet werden darf und seine Sonderbehandlung im Strafgesetzbuch berechtigt ist, kommt es nach dem Verfasser allein darauf an, ob es sich bei dem Inzest wirklich nur um Unmoral handelt, wie von verschiedener Seite angenommen wird, oder ob nicht dabei auch fremde Interessen, vor allem die des Staates verletzt werden. Nach seiner Ansicht sind die nachteiligen Folgen des Inzests in bezug auf die Gefährdung der Nachkommenschaft und damit der Volksgesundheit und des Volksvermögens nicht größer, sondern eher geringer, als die durch den Geschlechtsverkehr von Tuberkulösen, Syphilitischen, Alkoholikern und Geisteskranken bedingten Gefahren für die Nachkommenschaft; es liegt somit kein dringender Grund vor, gegen jene strafrechtlich einzuschreiten, wenn man einen solchen Schutz gegen diese nicht für nötig hält. Auch in dem Verlangen nach Schutz des Familienlebens kann Verfasser keine berechtigte Begründung einer strafrechtlichen Ahndung des Inzestes erblicken; denn ganz abgesehen davon, daß diese Strafverfolgungen den Familienfrieden zerstören und das Familienleben vergiften, sei es auch ein erfolgloses und unvernünftiges Beginnen, die Familienreinheit durch Strafe aufrechterhalten zu wollen. Der Gesetzgeber habe vielmehr in erster Linie zum Schutze der vermeintlich bedrohten Sittlichkeit die Bestrafung des Inzestes für nötig erachtet; tatsächlich sei auch die geschlechtliche Sittlichkeit als eine der Bedingungen für die soziale Ordnung rechtsschutzbedürftig und rechtsschutzwürdig; aber doch nur insoweit, als sie und damit das besondere Interesse der Gesamtheit bedroht sei. M. verneint jedoch eine derartige Bedrohung; er weist außerdem darauf hin, daß nach den bisherigen Erfahrungen die Strafverfolgung des Inzestes nur in einem verschwindenden Prozentsatz der Fälle eintreten kann und daß die im Vor- und Hauptverfahren notwendigen abscheulichen Nachforschungen und Erhebungen um so mehr eine Ausmerzung des § 173 rechtfertigen, als dieser bekanntlich auch nicht selten zu den widerlichsten Denunziationen Anlaß gibt. Da es beim Inzest sich regelmäßig um unmoralische Unreife, jugendliche Verwahrlosung, Alkoholismus, Geisteskrankheit, Not und Elend handele, sei nicht strafrechtliche Ahndung, sondern soziale Fürsorge angezeigt, also Ausbau unseres sozialen Für- und Vorsorgesystems und der sonstigen sichernden Maßnahmen statt strafrechtlicher Maßnahmen; ist der Inzest mit Notzucht, Mißbrauch eines Treuverhältnisses, Verführung usw. verbunden, dann bietet das Strafgesetzbuch eine hinreichende Handhabe für seine angemessene Ahndung. Rpd.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Cholera.

Weitere Erfahrungen und Studien über den Wert und die Wirkungsdauer der Choleraschutzimpfung. Von Stabsarzt Prof. Dr. J. Kaup-München, z. Z. Hygienereferent beim k. und k. Armeeoberkommando, und Pharmazeutkadett Josef Kretschmer. Münchener medizinische Wochenschrift; 1916. Feldärztliche Beilage zu Nr. 30.

Auf Grund der von den Verfassern festgestellten Ergebnisse ihrer bei der österreichisch-ungarischen Armee gemachten statistisch-epidemiologischen Beobachtungen sowie ihrer serologischen Untersuchungen kommen sie zu folgenden Schlußsätzen:

1. Als Folge der Choleraschutzimpfung wird auffallend rasch ein verhältnismäßig hoher Grad von Immunität erreicht. Bei schnell ansteigenden Erkrankungsziffern in einem Truppenteil oder Kriegsgefangenentransport waren wenige Tage (5—8) nach der letzten Impfung die Erkrankungen wie abgeschnitten. Die serologische Untersuchung (Bakterizidie und Agglutination) geimpfter Personen bestätigt das schnelle Auftreten von Antikörpern wenige Tage nach der Impfung. Das Maximum an Bakterizidie scheint bereits etwa 10 Tage nach vollzogener 2maliger Impfung erreicht zu sein (Unterschied gegenüber Kolle und namentlich Ungermann).

2. 2—3 Wochen bis etwa 2½ Monate nach der Impfung kamen auch bei starker Verseuchungsgefahr nach einer Reihe von Erfahrungen Erkrankungen nur bei etwa 1—5 Proz. der gefährdeten Personen vor. Bei einzelnen Individuen erfolgt die Bildung von Immunkörpern entweder überhaupt nicht oder tritt nur in unzureichendem Maße ein oder hört bald wieder auf. Durch die serologischen Untersuchungen sind beträchtliche individuelle Schwankungen nachweisbar.

3. Der Krankheitsverlauf ist bei den schutzgeimpften Erkrankten ein auffallend milder; die Mortalität schwankte zwischen 0 und 24 Proz., während die Mortalität bei ungeimpften Personen eine Höhe von 22—60 Proz. erreichte.

4. Die Dauer der Schutzimpfung ist geringer, als bisher angenommen wurde — statt 1 Jahr und darüber nur etwa 3 bis 4 Monate. Wiederholte Wahrnehmungen bestätigen immer wieder diese praktische Erfahrung. Gefährdete Truppenkörper werden nach diesen Erfahrungen bei den österreichisch-ungarischen Armeen bereits nach 3 Monaten wiedergeimpft. Serologische Untersuchungen an wenigen, normal ernährten und körperlich wenig beanspruchten Sanitätssoldaten ließen zumeist länger als 3 Monate nach der Impfung einen anscheinend genügenden Immunstoffgehalt bei Geimpften erkennen. Nur ausgedehnte Untersuchungen bei Front- und Etappensoldaten könnten die Zusammenhänge zwischen praktischer Erfahrung und serologischem Befund klären, namentlich auch feststellen, inwiefern ungenügende Ernährung, Strapazen, leichtere Erkrankungen (namentlich Magendarmkatarrhe) auf die Dauer der Antikörpererzeugung einen Einfluß ausüben.

5. Zur Wiederimpfung scheint eine einmalige Impfung zu genügen. Die Verwendung von 2 ccm Impfstoff dürfte ratsamer sein, als die von 1 ccm. Die einmalige Wiederimpfung mit einer größeren Impfstoffmenge bedeutet einen wesentlichen Zeitgewinn.

6. Die von den Verfassern gemachten praktischen Erfahrungen und serologischen Untersuchungen können als Bestätigung der Ansicht Wassermanns und Sommerfelds angesehen werden, daß die Choleraschutzimpfung die natürliche Ansteckungsmöglichkeit durch Erhöhung der spezifisch bakteriziden Kräfte des Blutes vermindert.

7. Bei den österreichisch-ungarischen Armeen kam es nur zu Kriegsbeginn zu einer stärkeren Verbreitung der Cholera. Im Jahre 1915 erkrankten kaum 0,2 Proz. des gesamten Verpflegsstandes. Die Mehrerkrankungen während des Sommers waren trotz des Vormarsches in völlig verseuchte Gegenden (Ostgalizien, Podolien, Wolhynien und später Serbien) nur unbedeutend, während unter der Zivilbevölkerung dieser Gebiete zahlreiche Erkrankungen mit hoher Mortalität (im Mittel 60 Proz.) vorkamen. Zurzeit sind die Armeen auf dem russischen und italienischen Kriegsschauplatze seit Herbst 1915 cholerafrei; es treten nur im verseuchten Albanien vereinzelte Erkrankungen auf. Rpd.

2. Fleckfieber.

Beiträge zur Frage von der Beteiligung der Kopflaus an der Fleckfieberverbreitung. Von Prof. Dr. Bruno Heymann, Abteilungsvorsteher am Institut. (Aus dem Hygienischen Institut der Königl. Universität Berlin. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. Flügge.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 18 und 19.

An der Uebertragung des Fleckfiebers durch Kleiderläuse kann kein Zweifel mehr bestehen; von Manchen werden auch die Kopfläuse als Ueberträger angesprochen. Die Richtigkeit dieser Annahme vorausgesetzt, würde sich die Folgerung ergeben, ihre Bekämpfung weit energischer zu handhaben als bisher. Die Kopf- und Kleiderläuse sind nahe Verwandte, ohne aber identisch zu sein, wie ihr genaueres Studium einwandfrei ergeben hat. Allerdings können sich bei sehr starker Verlausung die Unterschiede gelegentlich verwischen; auch ist an die Möglichkeit der Bastardbildung zwischen Kopf- und Kleiderlaus zu denken (Hase). Versuche über die Infektiosität der Faeces von Kopfläusen liegen anscheinend nicht vor, dagegen wohl solche, die mit Darminhalt von Läusen bezw. mit zerriebenen Kopfläusen und Eiern angestellt wurden. Zwar hat sich die Möglichkeit der Infektion ergeben, während anderseits die negativen Versuche dafür sprechen, daß diesem Infektionsweg kaum eine Bedeutung bei der Verbreitung des Fleckfiebers zukommt. Auch über die Infektiosität des Stiches von Kopfläusen, die an Fleckfieberkranken Blut gesogen, liegen Versuche vor. Die daraus gezogene positive Schlußfolgung ist aber nicht ganz stichhaltig. Der eine von Anderson und Goldberger als positiv gedeutete Versuch ist dann als sichere Tatsache in die Literatur übergegangen. Wenn die Beteiligung der Kopflaus an der Verbreitung des Fleckfiebers die gleiche wäre wie die der Kleiderlaus, so müßte sich die Erkrankung unterschiedslos über die Verbreitungsgebiete beider Parasiten erstrecken; das ist aber nicht der Fall. Die Krankheit verschont die tropischen Gebiete, auch pflegt das Fleckfieber da zu fehlen, wo die Bevölkerung auf höherer Kulturstufe steht; höchstens beschränkt sie sich hier auf engbegrenzte Gebiete und bestimmte Bevölkerungskategorien, die der Reinlichkeit und Körperpflege nur wenig Beachtung schenken. Ferner lehrt die Erfahrung, daß das Fleckfieber überall eng an das Vorkommen der Kleiderläuse gebunden ist, während die epidemiologischen Tatsachen nicht für eine Abhängigkeit des Fleckfiebers von der Verbreitung der Kopfläuse sprechen. Heymann faßt daher seine Ergebnisse im folgenden Satz zusammen: „Experimentelle Beweise für die Beteiligung der Kopfläuse an der Fleckfiebererkrankung liegen bisher nicht vor; die epidemiologischen Erfahrungen sprechen dagegen. Trotzdem ist natürlich der Bekämpfung der Kopfläuse völlige Beachtung zu schenken.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

3. Ruhr.

Vier weitere Fälle von natürlich erworbener bazillärer Dysenterie beim Hunde nebst Beobachtungen über Bazillenträgertum. (Aus dem deutschen Institut für Hygiene für Bakteriologie in Schanghai). Von Privatdozent H. Dold. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 17.

Dold hat gemeinsam mit Fischer den ersten bekannt gewordenen Fall von natürlich erworbener echter bazillärer Dysenterie des Hundes klinisch, bakteriologisch und pathologisch-anatomisch untersucht. Jetzt berichtet er, daß von 7 an Diarrhöen leidenden Hunden 4 eine Infektion mit Dysenteriebazillen aufwiesen und zwar 2mal mit Typus Flexner, 1mal mit Typus Y und 1mal mit Typus Shiga-Kruse. In allen 4 Fällen bot auch das Eigenserum der Hunde deutliche Agglutination noch in Verdünnungen von 1 : 800 bis 1 : 100. Danach scheint in Schanghai die bazilläre Dysenterie des Hundes keine Seltenheit zu sein.

Verfasser macht ferner Beobachtungen, die das Vorkommen eines Dysenteriebazillenträgertums beim Hunde beweisen. Ein gesunder Hund erhielt eine Kultur Dysenteriebazillen mit dem üblichen Futter vermischt, erkrankte nicht, schied aber seitdem (seit 3 Monaten) Dysenteriebazillen in den festen Faeces aus. Außerdem ließen die frischen Endoplatten, die von dem Hunde

beleckt waren, dreizehn Tage Dysenteriebazillen nachweisen. Während dieser ganzen Zeit konnte der Hund also durch einfaches Lecken, die häufigste Betätigungsart des Hundes, den Menschen und seine Umgebung infizieren. Diese von der Mundhöhle und der Zunge ausgehende Infektionsgefahr beansprucht unsere volle Beachtung. Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Tuberkulose.

Infektionsversuche mit kleinen Tuberkelbazillenmengen mit besonsonderer Berücksichtigung des Inhalationsweges. Von Prof. Dr. H. Selter-Leipzig. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1916, Nr. 20.

Für die experimentelle Tuberkuloseforschung ist quantitatives Arbeiten die erste Vorbedingung, zumal wenn als Versuchstier das so überaus empfindliche Meerschweinchen benutzt wird. S. hat zu den Inhalationsversuchen bei Meerschweinchen etwa 100 Bazillen von 4 Wochen alten Agarkulturen benutzt und ist dabei zu folgenden Schlüssen gekommen:

Vereinzelte Bazillen können von der Haut oder Lunge aus gelegentlich schwere fortschreitende Tuberkulose erzeugen. Gewöhnlich tun sie es aber nicht, sondern erzeugen nur örtliche Herde, aber nicht immer an den Eingangspforten, die anscheinend ausheilen. Frühzeitig und regelmäßig bemerkt man eine Milzschwellung, ein Zeichen, daß zuerst das Blut infiziert wird; von hier aus erfolgt vielleicht die Infektion der Lunge. Die Lymphdrüsen können dabei anscheinend übergangen werden. Es ist möglich, daß die Bazillen gleich nach der Infektion von den Leukozyten aufgenommen werden und nun entweder unmittelbar oder durch die Lymphdrüsen hindurch ins Blut gelangen.

Die Infektion durch die Einatmung ist fast genau so empfindlich wie die von der Haut aus. Aeltere Kulturen wirken wie wenige Bazillen oder noch schwächer. Es kommt auch hier zu keiner allgemeinen Infektion, sondern nur zu örtlichen Herden in Lunge und Milz, die vielleicht ausheilen.

Auf Grund dieser Inhalationsversuche bekennt sich Selter zu der Theorie der sekundären Infektion der Lungen vom Blutweg aus. Weitere Untersuchungen müssen Klarheit bringen. Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Frage der Einteilung der Lungentuberkuloseformen. Von D. O. Kuthy-Budapest. Vortrag im Kgl. Aerzteverein in Budapest. Tuberkulose; 1916, Nr. 1.

Eine Klassifikation der Lungentuberkulose auf ätiologischer Grundlage (humane und bovine, reine und Misch-Infektion) stößt noch auf manche Schwierigkeiten und ist dem Praktiker, zum Teil aus technischen Gründen, unmöglich. Der Einteilungsversuch auf pathologisch-anatomisch-histologischer Grundlage bietet manches praktisch Verwertbare. Dabei sind die „topischen" Eigenschaften der Erkrankung (Lokalisation und Ausbreitung) für die Prognose des Einzelfalles weniger wichtig als die „qualitativen" Eigenschaften des Leidens (exsudative und produktive Entzündung, Schnelligkeit der Ausbreitung, toxische Einflüsse) und der Grad der defensiven Kraft des Körpers, der rechtzeitigen heilsamen Fibrose. Die bisherigen klinischen Einteilungen lösen die Frage nur in großen Umrissen. Kuthy versucht deshalb eine Klassifikation auf kombiniert pathologisch-anatomisch-klinischer Grundlage mit steter Rücksicht auf die Prognose und unterscheidet fünf prognostische Typen mit Unterabteilungen je nach dem physikalischen Befund.

Dr. Roepke-Melsungen.

Alkohol und Tuberkulose. Von Sanitätsrat Dr. Lilienthal. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Jahrgang 24, Nr. 18.

Der Kampf gegen die Tuberkulose hat erhebliche Fortschritte gemacht, auch der Kampf gegen den Alkohol ist nicht ohne Erfolg geführt worden. Der Ansicht, daß der Alkoholismus eine der Hauptursachen der Tuberkulose sei, tritt Orth entgegen, auch auf Grund von Tierexperimenten. Wenn jetzt im Kriege der Soldat vor Alkoholmißbrauch gewarnt werde, so geschehe dies mit Recht; aber der Soldat habe so viele und triftige Gründe, den Alkohol zu meiden, daß man nicht nötig habe, ihm mit unsicheren und unbewiesenen

Gründen zu kommen. Auch die Angabe, daß der Alkoholismus durch Herabsetzung des Körperwiderstandes für Tuberkulose empfänglich mache, bestreitet Orth. Ja, er meint, viel eher könne man den Alkohol als Schutzmittel gegen die Tuberkulose ansehen, eine Behauptung, die wiederum vom statistischen Amte als nicht gerechtfertigt angesehen wird.

Statistiken — so führt Orth an — zeigen, daß ein wesentlicher Unterschied in der Schwere der Tuberkulose-Erkrankung zugunsten der Alkoholiker bestehe. Die Tuberkulosesterblichkeit habe sich von Jahr zu Jahr vermindert, während der Alkoholverbrauch nicht wesentlich abgenommen habe. In bezug auf die Schwindsucht schade der Alkohol nichts; die Alkoholiker seien sogar der Tuberkulose gegenüber günstiger gestellt als die Nüchternen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Tuberkulose und Prostitution. Von Prof. Dr. F. Köhler. Tuberkulosis; 1916, Vol. 15, Nr. 1.

Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Prostitution und die Fragen der Prophylaxe und Behandlung tuberkulöser Prostituierter sind noch unerörtert; Statistiken fehlen ganz. Zweifellos ist das grundsätzlich unsolide, ungeordnete, körperlich und geistig zerrüttende Leben der Prostituierten eine gedeihliche Grundlage für das Einnisten der Tuberkelbazillen in dem weiblichen Organismus. Die Prostituierte wird auch selbst kaum mit irgendeinem nennenswerten Erfolg zu einer Abwehr der Tuberkulosegefahr aufgerufen werden können. Anderseits bedeutet die tuberkulöse Prostituierte eine gesellschaftliche Gefahr.

Um dem Uebel zu steuern, wird die Bordellüberwachung auf die Hygiene der Wohnung zu achten haben. Die Polizeiärzte werden nicht nur auf beginnende Lungentuberkulose bei Bordellmädchen, sondern auch auf tuberkulöse Genitalaffektionen fahnden müssen. Würden mit den Genitaluntersuchungen der Prostituierten Lungenuntersuchungen verbunden, so würde bald ein brauchbares Material über die Verbreitung der Tuberkulose unter ihnen, besonders aus den Großstädten, zusammenkommen.

Tuberkulöse Prostituierte sind unverzüglich der Krankenhausbehandlung zuzuführen. Im Anschluß an die Station für geschlechtskranke Prostituierte wäre eine solche für Tuberkulöse einzurichten mit Gelegenheit zu Liegekuren und internistischer Behandlung. Sind Tuberkulosekrankenhäuser weitab von der Stadt vorhanden, so empfiehlt sich, in diesen eine Sonderabteilung einzurichten. Tuberkulöse Prostituierte in Lungenheilstätten unterzubringen, begegnet ebenso großen Bedenken, wie die Einrichtung von Sonderheilstätten.

Die Fürsorge für geheilte tuberkulöse Prostituierte sollte Gegenstand der gemeinsamen Arbeit von Fürsorgestelle und Sittenpolizei sein. Auch Sittlichkeits- und Erziehungsvereinen könnte eine angemessene Beteiligung auf diesem Gebiete erzieherischer Fürsorge eingeräumt werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber Lungentuberkulose vom militärärztlichen Standpunkt aus. Von Prof. Dr. Albert Fränkel. Münchener Med. Wochenschrift; 1916, Nr. 31.

Die Klagen über die unrichtige Auswahl der Heilstättenpatienten wollen nicht verstummen; die Diagnose „Tuberkulose“ wird viel zu häufig gestellt. Von den unter Fränkels Leitung stehenden, als tuberkulös eingewiesenen Soldaten erwiesen sich nur 40 % als wirklich tuberkulös; 20 % fehlte überhaupt nichts. Das Tuberkulin hat auch als Diagnostikum versagt. Zur objektiven Diagnose trägt außer dem physikalischen Lokalbefund am meisten die Röntgenuntersuchung bei, besonders bei geschlossener Tuberkulose. Bei der Bewertung der Verschattung bedarf es großer Vorsicht. Als pathognomisch gilt, wenn von der Lungenwurzel aus derbe Schattenkörper in die Lunge ziehen und wenn sich in der Lunge die für Tuberkulose charakteristischen klein- und großfleckigen Trübungen und homogenen Verschattungen finden. Die Prognosestellung ist bisher eine ärztliche Kunst gewesen, die durch Uebung zu erwerben war, die aber nicht gelehrt werden konnte. Fränkel sucht diese Kunst zu objektivieren und dadurch als Lehrgegenstand erkennbar zu machen. Er stellt 3 Formen

der Tuberkulose auf: zirrhotische, knotische und pneumonische. Die Art des Prozesses ist maßgebender für die Einweisung in eine Heilanstalt als die Ausdehnung. Die zirrhotischen und zirrhotisch-knotigen Formen sind therapeutisch beeinflußbar und heilbar, selbst wenn sie lappenförmig und doppelseitig auftreten. Die knotig-mehrlappigen und die darüber hinausgehenden Prozesse sind ungünstig und rechtfertigen die Einweisung nicht mehr. Fieber, Bluthusten, starker lokaler Katarrh, Abmagerung sind starke Begleiterscheinungen der bösartigen Form; bei der gutartigen Form kommen sie nur zeitweilig vor; sie sind Zeichen der Aktivierung. Das Auftreten auch nur eines Symptomes macht den Kranken anstaltsbedürftig. Wie bei den Lupuserkrankungen ist auch bei Tuberkulöse die Funktionsprüfung vorzunehmen. Fiebernde Kranke der Liegekur zu unterwerfen, hat uns Dettweiler gelehrt. Die Ausdehnung der Liegekur auf alle Tuberkulöse ist ein schwerer Irrtum. Die Erfahrung lehrt, daß Tuberkulose ohne Schaden Arbeiten verrichten können; besonders die Kriegserfahrungen sprechen hierfür. Unter bestimmten Voraussetzungen sind sie sogar felddiensttauglich.

Fränkel empfiehlt zur Begutachtung der Tuberkulösen in den Heilstätten die Beurteilung durch eine Aerztekommission.

Dr. Graßl-Kempten.

Die Bedeutung der psychischen Momente für den Verlauf der Lungentuberkulose. Von Dr. Strandgaard-Kopenhagen. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 6.

Psychische Momente spielen für den Verlauf der Lungentuberkulose eine ziemlich große Rolle; besonders können Liebeskummer, eheliche Sorgen und ähnliche drückende Gemütsbewegungen den Gesundheitszustand ernstlich verschlimmern. Mit dem Wegfall der deprimierenden Ursache hat sich, wie durch Krankengeschichten bewiesen wird, der Zustand gebessert.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit ultraviolettem Licht. Von Dr. M. Gutstein-Berlin. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 35, H. 3.

Nach den Erfahrungen in der Friedrichstadt-Klinik für Lungenkranke in Berlin — es werden 28 Krankengeschichten veröffentlicht — ist das Quarzlampenlicht imstande, die Lungentuberkulose in günstiger Weise zu beeinflussen. Verfasser glaubt bei kritischer Betrachtung seiner zum Teil recht guten Erfolge, „dem ultravioletten Licht eine günstige Einwirkung auf manche Fälle von Lungentuberkulose nicht absprechen zu können.“ Die von Krüger angegebenen äußerst günstigen Erfolge werden abgelehnt. Nachteile sind in keinem Falle beobachtet worden.

Hinsichtlich des Verhaltens des Blutes bei bestrahlten Lungentuberkulösen und Nichtlungenkranken ist eine Veränderung des Blutbildes nach der Richtung zu bemerken, daß in der größeren Zahl der Fälle eine Vermehrung der Lymphozyten, in einem kleineren Teil nach anfänglicher Zunahme eine Verminderung der Lymphozyten eintritt; der Grund hierfür war nicht erkennbar.

U. E. berechtigen die Erfolge nicht, die Bestrahlung mit Quarzlampenlicht zu einer „Behandlungsmethode der Lungentuberkulose“ zu machen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber die Bedeutung des Klimas für die Behandlung der Tuberkulose. Von Dr. G. Schröder-Schömberg. Tuberculosis; Vol. 16, Nr. 2.

In der Bewertung des Klimas für die Tuberkulosebehandlung standen sich 2 Gruppen scharf gegenüber; die eine sah alles Heil in einem besonderen Klima, in erster Linie in dem Klima hoher Lagen, während die andere jede Beeinflussung durch ein Klima leugnete. Beide Gruppen irren; auch hier führt die mittlere Linie zum wahren Endziel. In der Folgezeit ist die Klimatologie in bezug auf die Tuberkulosetherapie nicht wesentlich durch neue Forschungsergebnisse bereichert. Es ist daher nötig, für die Fortentwicklung der Forschung auf diesem Gebiete Richtlinien zu geben; als solche kommen in Betracht:

Erstens: Sind die Ergebnisse der Wetterkunde noch mehr für die Tuberkulosetherapie zu verwerten. Der Einfluß der Witterungselemente auf Tuberkulosekranke und die Erscheinungen des Leidens ist eingehender als bisher zu erforschen. Darum sollte mit jeder Tuberkulosestation eine meteorologische verbunden sein und hygienische Meteorologie getrieben werden.

Zweitens: Von großer Bedeutung ist die Erforschung des Lichtklimas in den verschiedensten Höhenlagen, an der See usw. in der Form, wie es Dorno für Davos durchführte. In Deutschland sind solche Stationen an der Seeküste und in Potsdam in Betrieb. Es wäre zweckmäßig, wenn die lichtklimatischen Stationen an Orten errichtet würden, an denen Tuberkulosekranke behandelt werden.

Drittens: Die Klimaphysiologie ist weiter auszubauen; ihre Ergebnisse sind für die Pathologie der Tuberkulose nutzbar zu machen.

Viertens: Die Durchführung solcher Beobachtungen hat nach einheitlichem Plane in verschiedenen Ländern und an Plätzen mit den verschiedenartigsten Klimaformen zu erfolgen. Nur dadurch kann die Klimaforschung in ihrer Bedeutung für die Tuberkuloselehre nutzbringend gestaltet werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Genügt die heutige Fürsorge für unsere unbemittelten Lungenkranken den an sie gestellten Anforderungen. Von Dr. E. Hartmann-Waldbreitbach. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 6.

Nichttuberkulöse und Fälle von inaktiver Tuberkulose, die einer Heilstättenkur nicht bedürfen, sind baldigst aus den Lungenheilstätten zu entfernen und, falls ihre Behandlung wegen andere Beschwerden nötig ist, in geeignete Anstalten (Erholungsheime, Nervenheilstätten u. dergl.) zu überweisen, die für solche Kranke freizugeben sind. Dagegen sind auch vorgeschrittene Fälle von Tuberkulose in Lungenheilstätten aufzunehmen unter Verlängerung der Kurzeit, wenn dadurch Aussicht auf Wiedererlangung der Arbeitszeit besteht. Weitvorgeschrittene Fälle, die in absehbarer Zeit nicht wieder arbeitsfähig werden, oder bei denen das Ableben bald zu erwarten ist, sind in Krankenhäusern oder Invalidenheimen unterzubringen, bei offener Tuberkulose nötigenfalls unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen.

Letzteres ist leichter gesagt als getan; im übrigen sind die Vorschläge recht alt. Durch ihre Wiederholung wird das Heilstättenwesen kaum befähigt werden, der Tuberkulosenot im erforderlichen Maße zu steuern. Dies um so weniger, als Verfasser das wertvollste Mittel, um die Heilstättenbehandlung auf die unbedingt notwendigen Fälle zu beschränken, d. h. die methodische Tuberkulinprüfung nicht anerkennt. Dr. Roepke-Melsungen.

---

5. Geschlechtskrankheiten und Bekämpfung der Prostitution.

Die Heranziehung der Wassermannschen Reaktion, Spinalpunktion und Kutanreaktion für die Behandlung der Spätsyphilis. Von Prof. C. Bruhns. (Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger städtischen Krankenhauses). Medizinische Klinik; 1916, Nr. 11.

Die Kutanreaktion ist in viel höherem Grade eine rein diagnostische Probe als die Wassermannsche Reaktion und die Untersuchung des Spinalpunktates. Sie ist nur verwendbar zur Sicherung der Diagnose bei manifesten Erscheinungen, nicht aber, um bei sonst latenter Lues an sich Aufschluß über die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung zu geben. Sie wird auch nicht durch die Therapie aus dem positiven in den negativen Befund übergeführt. Bei Fällen mit manifesten Erscheinungen kann kein Zweifel bestehen, ob man therapeutisch vorgehen soll; auch nur ein sicher syphilitisches Symptom bedingt Behandlung. Bei zweifelhaften klinischen Erscheinungen muß festgestellt werden, ob Lues vorliegt oder nicht. Hierher gehören unklare Haut-, Schleimhaut- und Nerven-Erscheinungen, aber auch Symptome von seiten innerer Organe. Ist die Wassermannsche Reaktion positiv, so muß behandelt werden, ist sie in solchen Fällen negativ, so kann die Kutanreaktion (Luetin- und Pallidin-Reaktion) noch Aufschluß geben. Sie stützt wesentlich die Diagnosenstellung bei tertiären Hauterscheinungen, Schleimhaut- und Knochensyphilis, vielleicht auch manchmal bei syphilitischen inneren Organerkrankungen.

Es zeigte sich in über 200 Fällen, daß bei tertiärer Syphilis fast immer, bei primärer und sekundärer verhältnismäßig selten, bei Nichtsyphilitischen in ganz seltenen Ausnahmen die Kutanreaktion positiv ausfiel. Die Pallidin-Reaktion kann im Tertiärstadium auch bei negativem Wassermann positiven Ausfall geben. Für die Anzeige einer ev. Behandlung bei latenter Syphilis ist sie ohne Bedeutung, da sie einerseits öfter nicht angeht, wenn die Wassermannsche Reaktion positiv ist, und anderseits in Fällen von manifester tertiärer Lues auch nach der Kur und trotz Verschwindens der Erscheinungen positiv bleibt. Häufig findet sich im Spätstadium Pupillenstarre, die fast immer ein syphilitisches Symptom ist; man muß aber berücksichtigen, daß Pupillenstarre gelegentlich als Vorläufer von Syringomyelie auftritt und vorübergehend auch bei chronischem Alkoholismus und Schädeltraumen vorkommt. Sie bedeutet bei Syphilis aber nicht immer einen frischen oder der Behandlung bedürftigen Prozeß, sondern kann auch das Residuum eines schon abgelaufenen Vorganges sein. Findet man bei Pupillenstarre positive Wassermannsche Reaktion, so wird natürlich die Behandlung eingeleitet; manchmal ist sie dabei aber negativ, dann muß die Spinalpunktion zur Entscheidung benutzt werden. Diese kann zur diagnostischen Aufklärung und zur Indikationsstellung für eine ev. einzuleitende Therapie herangezogen werden. Sehr oft wird die Spinalpunktion bei isolierter Pupillenstarre notwendig sein. Ist eine der 3 Reaktionen (ausgesprochene Lymphozytose, deutlich positiv Nonne-Apelt, positive Wassermannsche Reaktion) oder mehrere zugleich positiv, so wird man therapeutisch vorgehen. In etwa 33 % solcher Fälle von Pupillenstarre bei Syphilitischen wurde das Spinalpunktat gesund befunden, dann braucht man nicht zu behandeln. Es scheint aber, daß die Reaktion manchmal positiv bleiben kann, trotzdem der klinische Prozeß des Zentralnervensystems nicht fortzuschreiten braucht. Hier gibt weitere Kontrolle des Kranken die Richtschnur des Handelns. Bestehen Zweifel, ob es sich um eine Neurasthenie oder eine beginnende Erkrankung des Zentralnervensystems handelt, so kann die Spinalpunktion ebenfalls gute Dienste leisten. Im Spätstadium der Syphilis ohne klinische Erscheinungen kommt der Kutanreaktion die geringste Bedeutung zu; hier ist die Wassermannsche Reaktion unser wesentlichstes diagnostisches Hilfsmittel. Findet man sie bei der ersten Untersuchung positiv, so ist Behandlung angezeigt. Es gibt aber Fälle, die nach wiederholten gründlichen Kuren immer wieder positive Wassermannsche Reaktion geben. Ist man in der Lage, dann eine Spinalpunktion vorzunehmen und fällt die Untersuchung negativ aus, so kann man von einer weiteren Behandlung absehen, muß aber den Patienten weiter beobachten. Ist die Wassermannsche Reaktion im Spätstadium negativ, so liegt kein Grund zu neuen Kuren vor. Man sollte jedoch bei einer sicheren Späterscheinung der ersten Kur in einem Abstande von ca. 3—4 Monaten immer eine zweite nachschicken, auch wenn Wassermann dann negativ ausfällt. Oft wird die Wassermannsche Reaktion bei Spätlues erst wieder nach einer Reihe von Jahren positiv. Mit den Differenzen im Ausfall der Reaktion verschiedener Extrakte müssen wir uns abfinden; sie sind jedenfalls durch Vervollkommnung der Technik geringer geworden. Auch soll in keinem Laboratorium auf die Anstellung der Originalmethode verzichtet, die Modifikationen nur daneben angewandt werden. Die schwach positiven Reaktionen sind zwar für den Kliniker wichtig; sie genügen aber nicht, um einem Gesunden beim Fehlen klinischer Symptome eine Lues zu vindizieren. Ist die Wassermannsche Reaktion im Blut negativ, so soll die Spinalreaktion ausgeführt werden 1. zur Entscheidung der Frage, ob man nach vorangegangener reichlicher Behandlung beim Fehlen weiterer Symptome und auch bei negativ gewordener Wassermannscher Reaktion des Blutes mit der Fortsetzung der allgemeinen Behandlung aufhören kann, also zum Schlusse der zunächst für nötig befundenen Behandlungsperiode, sowie 2. bei andauernder positiver Wassermannscher Reaktion in der Spätlatenz. Bei negativem Liquorbefund kann man dann eine Erkrankung des Zentralnervensystems mit größter Wahrscheinlichkeit ausschließen und die Behandlung aussetzen. Bei der Behandlung der metasyphilitischen Erscheinungen, der Tabes, der Paralyse und der Gefäßerkrankungen sind die klinischen Symptome schon für die Behandlung maßgebend. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Harnröhrensekret- und Flockenuntersuchung im Anschluß an intravenöse Arthigoninjektion zur Feststellung der Gonorrhoeheilung. (Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Reservelazaretts Bruchsal.) Von leitenden Arzt Dr. O. Gans. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 16.

Bruck und Sommer haben intravenöse Arthigon-Injektionen empfohlen, um aus dem danach auftretenden Fieber Schlüsse für die Frage der Gonorrhoeheilung und des Ehekonsenses zu ziehen. Verfasser hat das Verfahren an 200 Fällen von akuter und chronischer Gonorrhoe mit und ohne Komplikationen nachgeprüft und zwischen Fällen unterschieden, die nach intravenöser diagnostischer Arthigoninjektion 1. keine Reaktion und keine Gonokokken mehr zeigten (geheilte Fälle), 2. Reaktion, aber keine Gonokokken, 3. Reaktion und Gonokokken und endlich 4. keine Reaktion, aber doch Gonokokken hatten.

Von den 200 untersuchten Fällen blieben 94 = 47 % nach einer durchschnittlich 14tägigen Beobachtung negativen Gonokokkenbefundes auch nach Arthigoninjektion ohne Temperaturerhöhung und dauernd gonokokkenfrei, so daß sie entlassen werden konnten. Temperatursteigerungen über 1,5° ohne Gonokokkenbefund zeigten 8 % der Fälle; auch diese wurden entlassen. Gonokokken und Temperatursteigerungen fanden sich in 18,5 %, Gonokokken ohne Temperatursteigerungen hingegen bei 26,5 % der Fälle. Mit anderen Worten: Während nach der diagnostischen Arthigoninjektion der Gonokokkennachweis in 100 % der noch nicht geheilten Fälle gelang, zeigten nur 41,1 % die nach Bruck und Sommer zu erwartende Temperatursteigerung.

Das Verfahren war folgendes: Wenn die wöchentlich 2—3malige Untersuchung des Ausflusses bezw. der Flocken auf Gonokokken etwa 2 Wochen negativ geblieben ist, wird die Therapie ausgesetzt, dagegen werden die täglichen turnerischen Uebungen mit verstärkten Anforderungen fortgesetzt. Nach 2—3 Tagen erhält der Patient 0,05 ccm Arthigon intravenös, wonach bei noch nicht geheilten Fällen manchmal schon am nächsten Tage im Ausfluß oder in den Flocken Gonokokken sich vorfinden. Ist ein positives Ergebnis nicht erzielt, wird die intravenöse Injektion mit 0,1 ccm Arthigon wiederholt und meist gleichzeitig zur lokalen Reizung eine Einspritzung einer Lösung (Argentum nitricum 0,5, Perhydrol 2,0, Aqua dest. ad 100,0) in die Harnröhre gemacht und dort 10 Minuten belassen. Die Sekret- oder Flockenuntersuchung wird bei negativem Befund 3 Tage fortlaufend durchgeführt. So ausgeführt bilden die intravenösen Arthigoninjektionen von 0,05—0,1 ccm eine zuverlässige Methode zur Fortsetzung der Heilung von Tripperkranken, auch dann, wenn es sich bei Komplikationen um die Untersuchung des Prostata- und Samenblasensekrets auf Gonokokken handelt. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber die Ausscheidung des Salvarsans nach intravenöser Injektion konzentrierter Lösungen. (Aus der Akademischen Klinik der Hautkrankheiten in Düsseldorf.) Von Prof. Dr. Karl Stern. Deutsche Med. Wochenschrift; 1916, Nr. 14.

Die Ausscheidung des Salvarsans nach Anwendung der konzentrierten Lösungen in Form der Injektionen ist erheblich langsamer als nach der Infusion verdünnter Lösungen. Da die Meinung erfahrener Autoren dahin geht, daß nicht so sehr die Dauer der Arsenrestausscheidung für den Heilerfolg in Betracht komme, als vielmehr der Umstand, wie lange das Salvarsan als Ganzes im Blute bezw. in den Gewebssäften vorhanden sei, so zeigen die Sternschen Untersuchungsergebnisse die Ueberlegenheit der konzentrierten Lösungen gegenüber den verdünnten. Die Anwendung der Injektion ist besonders für den praktischen Arzt wesentlich leichter als die Infusion; sie erfordert nicht das umständliche Instrumentarium wie die Infusion, ist ohne Assistenz auszuführen, eignet sich für die Klinik wie für die Sprechstunde, für Neosalvarsan wie für Salvarsannatrium. Grund genug, um den Injektionen konzentrierter Lösungen in den Kreisen der für die Bekämpfung der Syphilis unentbehrlichen praktischen Aerzte Freunde zu erwerben.

Der Umstand, daß zur Lösung des Salvarsans nur 2—5 g abgekochten Leitungswassers benötigt werden, scheidet auch den „Wasserfehler" völlig aus. Ein Reagenzglas zum Aufkochen des Wassers, ein weiteres zum Auskochen der Kanüle stellten mit der Spritze, in der die gebrauchsfertige Lösung hergestellt wird, das ganze Instrumentarium dar. Die Vereinfachung durch die Salvarsan-

injektion ist für die wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in und nach dem Kriege besonders wertvoll. Dr. Roepke-Melsungen.

Wirkt die gleichzeitige Anwendung von Salvarsan und Quecksilber summierend. Von Dr. W. Treupel, 1. Assistent der Universitäts-Hautklinik in Jena. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 29.

Eine summierende Wirkung bei gleichzeitiger Salvarsan-Quecksilber-Behandlung findet nicht statt. Das bedeutet aber nicht den Verzicht auf Hg bei der Durchschnittsbehandlung, sondern weist nur auf eine andere Kuranordnung hin. Der sicherste Weg zur Vermeidung schwerer Nebenwirkungen des Salvarsans ist, abgesehen von der strengen Beobachtung schon feststehender Gegenanzeigen, die Verwendung kleiner Anfangsgaben und die allmähliche Steigerung der Gaben bei Frauen bis Dosis 4, bei Männern bis Dosis 5. Durchschnittsgaben bis zu Dosis 3 sind ungenügend wirksam und, allein verabreicht, nicht unbedenklich. Dr. Roepke-Melsungen.

---

6. Desinfektion.

Ueber die Desinfektion phthisischen Auswurfsmittels der Phenoldirivate Phobrol, Grotan und Sagrotan, insbesondere bei gleichzeitiger Anwendung von Antiformin. Von Dr. Fritz Kirstein, Vorsteher des Königl. Medizinaluntersuchungsamtes in Stettin. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Verlag von Richard Schötz. Berlin 1916. Jahrgang 1916, V. Bd., 7. H. Preis: 1,80 M.

K. teilt zunächst die Ergebnisse der bisherigen Versuche mit den obengenannten Mitteln mit und berichtet dann über seine eigenen damit gemachten Versuche, bei denen ihm vor allem der Gedanke geleitet hat, ihre Wirksamkeit durch gleichzeitige Verwendung schleimlösender Mittel noch zu erhöhen und dadurch auch eine Abkürzung der Desinfektionsdauer zu erreichen. Er ist auf Grund dieser Versuche zu folgendem Schlußergebnis gekommen: 3—8%ige Phobrol- und 5—10%ige Grotanlösungen mit 40%igen Antiforminlösungen hergestellt, vermögen selbst nach 12stünd. Einwirkungszeit tuberkulöses Sputum nicht zu desinfizieren; ebenso erwiesen sich 2%ige Grotan- und 5—10%ige Sagrotanlösungen ohne Antiformin auch nach 12stündiger Einwirkung ohne jegliche desinfizierende Wirkung. Beide Mittel sind also ungeeignet für die Sputumdesinfektion. Dagegen sind 5%ige Phobrollösungen im stande, nach 12stündiger Einwirkungszeit tuberkulöses Sputum sicher zu sterilisieren, vielfach erwiesen sich schon 3%ige als wirksam. Dabei hat das Phobrol[1]) den Vorzug der fast völligen Geruchlosigkeit und sehr geringen Giftigkeit; sein einziger Nachteil ist nur der etwas hohe Preis, der sich aber für Krankenanstalten und Behörden bei Abnahme von wenigstens 5—10 kg auf 6 M. für 1 kg ermäßigt. Das Mittel empfiehlt sich besonders für die Desinfektion des Sputums der in ihrer Familie lebenden Tuberkulösen; seine Verteilung an diese geschieht am besten durch die Fürsorgestellen in fertiger Lösung (3 Literflaschen mit 5%iger Lösung). Da eine 12stündige Einwirkung erforderlich ist, muß der Kranke entweder 2 Speiflaschen besitzen, die er abwechselnd benutzt, oder neben einer Speiflasche (für Benutzung am Tage) noch einen Speibecher (für Benutzung bei Nacht). 200 ccm-Lösung genügen für den Tag. Wäsche wird am besten 24 Stunden in 2—3% Phobrollösung eingesteckt. Jedenfalls ist nach Ansicht des Verfassers Phobrol das beste der bis jetzt bekannten chemischen Mittel zur Desinfektion des phthisischen Auswurfs. Rpd.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Nahrungsmittelhygiene.

Gemüsenahrung und Gemüseküche (Kriegsküche). Von Dr. Wilhelm Sternberg-Berlin. Berliner Klinik. Berlin 1916. Verlag von Fischers medizinische Buchhandlung. XXVII. Jahrg., Heft 31. 8°; 32 S. Preis: 0,60 M.

---

[1]) Der wirksame Bestandteil des von der Firma Hoffmann-La Roche in Grenzach (Baden) bezogenen Phobrol ist Chlor-m-Kresol.

Für den Nutzwert der Nahrung kommen der Preis (Markt- und Geldwert), der Gesundheits- (Heil- und Nähr-) wert und schließlich der Genußwert in Betracht, von denen der letztere meist unterschätzt, von manchen sogar ganz übersehen wird, obwohl der Wert einer Nahrung in erster Linie von ihrem Genußwert abhängig ist, denn im Falle ihrer Ekelhaftigkeit wird eben die Aufnahme verweigert. Das Merkmal der jetzigen Kriegsküche ist Einschränkung der teueren animalischen Nahrungsmitteln (Fett- und Eiweiß) und Bevorzugung der wesentlich billigeren vegetabilischen (Kohlenhydraten); der Verbrauch von Zucker muß also gesteigert, der Zucker nicht nur Genuß-, sondern auch Volksernährungsmittel werden; desgleichen müssen Gemüse reichlicher genossen werden. Die Gemüsenahrung hat aber außer den Vorzug der großen Billigkeit auch den Vorzug des Heilwertes, namentlich bei solchen Krankheiten, die durch übertriebene Fleischkost hervorgerufen oder begünstigt werden, z. B. manche Magen-, Herz- und Nervenkrankheiten, auch Stoffwechselkrankheiten wie Gicht, Steinkrankheit und Diabetes. Dazu kommt, daß sowohl der Nutz- und Nährwert als der Genußwert der Gemüsenahrung ein recht erheblicher ist. Auch die Verdaulichkeit der Gemüsenahrung ist, abgesehen von den Hülsenfrüchten, im allgemeinen eine leichtere als die der Fleischnahrung und vor allem als die des Fettes. Die Gemüsenahrung erfordert jedoch in bezug auf die praktische Technik der Küche erhöhte Anforderungen, damit den berechtigten Ansprüchen in bezug auf alle Speisen: Schmackhaftigkeit, Appetitlichkeit, Abwechselung usw., nach Möglichkeit genügt wird. Daß dies bei der Gemüsenahrung im vollen Umfange erreicht werden kann, und daß sich auch aus Gemüse und Obst schmackhafte, abwechselnsreiche und nahrhafte Speisen herstellen lassen, wird vom Verfasser in überzeugender Weise ausgeführt. Die Gemüseküche ist jedenfalls in mancher Beziehung eine recht dankbare Küche, die während der Kriegszeit mehr Anerkennung als früher gefunden hat. In volkswirtschaftlicher wie in gesundheitlicher Hinsicht kann nur gewünscht werden, daß sie auch nach dem Kriege diese Anerkennung behält und die Fleischküche nicht wieder in dem Maße wie früher bevorzugt wird. Rpd.

2. Gewerbehygiene.

Ueber eine Zelluloidexplosion und deren Ursachen und Folgen sowie die Aufgaben der Aerzte bei Katastrophen im allgemeinen. Von Professor Dr. Zangger-Zürich. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 5—6.

Der Verfasser gibt nach der Beschreibung der Explosion die Schutzmaßnahmen und die Aufgaben der Aerzte, die er in 3 Gruppen teilt:

1. Die Maßnahmen bei der Rettung der Bedrohten und Gefährdeten unter möglichst geringen Schädigungen, wie die Rettung der Eingeklemmten, Verschütteten usw.

2. Die Beurteilung der noch bestehenden Gefahren (wie z. B. nach Explosion die Gasvergiftung), in engem Zusammenhang damit die Gefahren für die Rettungsmannschaft und die Schutzmaßnahmen gegenüber Verunglückungen unter der Rettungsmannschaft.

3. Die Mithilfe bei den Feststellungen: Feststellung der naturwissenschaftlichen Kausalzusammenhänge, die zur Vermeidung der Gefahren besondere Anhaltspunkte geben, Feststellung der rechtlich-kausal wichtigen Zusammenhänge in bezug auf Verschuldung und Haftung, sowie Feststellung des Kausalzusammenhanges zwischen dem unglücklichen Erfolg, z. B. den Tötungen, den Verletzungen, mit bestimmten Entschlüssen und Maßnahmen einzelner verantwortlicher Individuen; ebenso wichtig und eigenartig ist die Festlegung des Kausalzusammenhanges für die Versicherungen und im Sinne der sozialen Gesetzgebung. Dr. Wolf-Hanau.

Die Gewerbeinspektion im Felde. Von Dr. A. Bender. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 6.

Der Verfasser gibt ein Bild davon, in welcher Weise sich die Tätigkeit der Gewerbeaufsichtsbeamten im Kriege gestaltet hat.

Von besonderem Werte wird sich eine regere Fühlung mit den Vertretungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer erweisen, damit mehr als bisher

das Wesen der Gewerbeaufsicht weiteren Kreisen bekannt und hierdurch manche Verkennung der Beamten und ihrer Arbeitsziele bei der Durchführung der Kinder- und Heimarbeit vermieden wird, da hier eine Einwirkung auf die wirtschaftliche Lage und die gesamte Lebenshaltung der Schutzbedürftigen geboten ist. Dr. Wolf-Hanau.

3. Säuglingsfürsorge.

Zur Frage der „Kriegsneugeborenen". Von Dr. A. G. Kettner-Charlottenburg, von Prof. Dr. L. Langstein, von Prof. Dr. B. Bendix-Berlin, von Dr. Misch-Charlottenburg und von E. Dietrich-Berlin. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1916, Nr. 6.

Kettner ist der Ansicht, daß er nachgewiesen hat, daß und warum es sich hier um eine neue Abart von Säuglingen handelt, die wir vor dem Kriege nicht gekannt haben (Kriegsneugeborene).

Langstein lehnt diese neue Art ab; auch die Erfahrungen von Bendix und Misch widersprechen den Ergebnissen Kettners.

Zum Schluß gibt Dietrich das übereinstimmende Urteil zahlreicher Kinderärzte, Fürsorgeärzte und Medizinalbeamte wieder, die ebenfalls eine besondere Art von Kriegsneugeborenen nicht gesehen haben. Dr. Wolf-Hanau.

4. Schulgesundheitspflege.

Die Körperkonstitution der ostpreußischen Stadt- und Landschulkinder. Ein Beitrag zur sozialen Anthropologie. Von Prof. Dr. K. Kisskalt-Königsberg. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 25.

Messungen in zahlreichen Städten haben ergeben, daß in Schulen, die von Kindern bemittelter Stände besucht werden, Körperlänge und Gewicht wesentlich größer waren, als in Volksschulen. Verfasser hat solche Untersuchungen in Königsberg vorgenommen und bestätigt gefunden, daß die aus bemittelten Familien stammenden Gymnasiasten im gleichen Alter größer und schwerer sind als die Volksschüler. Er hat weiterhin auch Messungen der Landbevölkerung machen lassen mit dem Ergebnis, daß die gut ernährten Landkinder nicht die gleichen Maße aufweisen wie die Stadtkinder aus wohlhabenden Kreisen, sondern durchweg geringere Größe und geringeres Gewicht. Man kann deshalb annehmen, daß zwischen den Gymnasiasten und den Landkindern Rassenunterschiede maßgebend sind.

Ferner sind noch Unterarmumfang und Druckkraft (rechts gemessen mit dem Collinschen Dynamometer) bei Gymnasiasten, Stadtvolksschülern und Landschulkindern bestimmt worden. Die Zahlenwerte ergeben, daß die größte Druckkraft die Gymnasiasten besitzen, ihnen folgen die Landschulkinder, wie es nach der übrigen körperlichen Entwicklung zu erwarten war; erst in einem deutlichen Abstand folgen die Stadtvolksschulkinder, so daß sich nach dieser Methode ihre Unterlegenheit unter den gleich großen und gleich schweren Landschulkindern ergibt. Man darf daraus schließen, daß die Stadtvolksschulkinder in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind, und daß diese ihre Minderwertigkeit auf schlechtere soziale Verhältnisse zurückzuführen ist.

Im übrigen ist gerade das Klima Ostpreußens wegen seines großen Einflusses auf den Nahrungsbedarf geeignet, ein kräftiges Geschlecht zu schaffen. Die relativ niedrige Tuberkulosesterblichkeit Königsbergs, im Gegensatz zu den Binnenstädten, dürfte durch die Abhärtung infolge der ständigen wehenden Winde bedingt sein; allerdings hat sie nicht in dem Maße abgenommen, wie in den reicheren deutschen Städten. Ueber die Gründe der auffallend hohen Säuglingssterblichkeit Ostpreußens sind wir durch wissenschaftliche Arbeiten sehr wenig unterrichtet. Bemerkenswert ist aber, daß sie in dem heißen Sommer 1911 keine derartige Steigerung zeigte wie im übrigen Deutschland, da die Temperatur in Ostpreußen nicht besonders hoch war.
Dr. Roepke-Melsungen.

5. Krankenfürsorge.

Die Krankenhauspflege als Leistung der sozialen Krankenversicherung. Von Dr. Wille, stellvertretender Vorsitzender der städtischen

Versicherungsabteilung, München. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Jahrg. 24, Nr. 14 und 15.

Unter den Leistungen der sozialen Versicherung hat die Krankenhauspflege sehr an Bedeutung gewonnen. Das Krankenversicherungsgesetz erkannte den Krankenkassen das Recht zu, an Stelle der ärztlichen Behandlung usw. den Versicherten Kur und Verpflegung in einem Krankenhause zu gewähren. Die Wahl zwischen diesen beiden Leistungsarten blieb den Krankenkassen überlassen. Einen anderen Standpunkt vertrat der oberste Verwaltungsgerichtshof, der die Gewährung der Krankenhauspflege als eine Verpflichtung der Krankenkassen ansah, sobald die Art der Krankheit diese Pflege erfordert. Die Reichsversicherungsordnung hat dagegen die Anträge abgelehnt, welche bezweckten, die Krankenhauspflege zur pflichtmäßigen Leistung der Krankenkassen zu erheben. Die Einführung der Krankenhauspflege als Pflichtleistung würde allerdings eine starke Mehrbelastung der Kassen nicht bedeuten, wenn sie auf die Fälle beschränkt würde, wo nach ärztlichem Gutachten die Krankenhauspflege notwendig ist. Wird Krankenhauspflege durch die Kassen abgelehnt, so kann indessen die Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde zur Gewährung der Krankenhauspflege angehalten werden, natürlich nur unter bestimmten Voraussetzungen. Auf diese Weise ist der Rechtsanspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn er auch juristisch nicht besteht, für den Versicherten doch erreichbar, wo diese Behandlung notwendig ist.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Kriegslazarette ehemals und heute. Von Architekt Fritz Doggenberger. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 24, Nr. 7 und 8.

St.-Lazarus-Häuser hießen die Hospitäler, in denen die Aussätzigen untergebracht wurden; hieraus ist das Wort „Lazarett“ geworden, besonders im Gebrauch für Soldaten-Hospitäler; auch die Charité ist zunächst als militärisches Lazarett errichtet. Im dreißigjährigen Kriege waren die sogenannten Feldscherer tätig; es kamen aber schon Pflegerinnen vor. Die Verminderung der Bevölkerung Deutschlands während des dreißigjährigen Krieges war hauptsächlich auf die Seuchen zurückzuführen. Durch die 1724 gegründete Aerzte-Schule erwarb sich Friedrich Wilhelm II. von Preußen ein großes Verdienst um die Ausbildung des Heilpersonals. Schon 1787 wurden Grundsätze für den Bau von Krankenhäusern aufgestellt, die jetzt noch maßgebend sind: „Danach sollen die Krankenhäuser womöglich frei und erhaben liegen, mit reiner Luft umgeben und nicht weit vom fließenden Wasser entfernt sein.“ — Bekanntlich haben die Epidemien oft die größten Erfolge einer siegreichen Armee zunichte gemacht. Larrey, der Kriegschirurg Napoleons I., war schon von der Notwendigkeit durchdrungen, Verwundete und Kranke möglichst schnell vom Kriegsschauplatz zu entfernen; da man damals feste Verbände noch nicht kannte, wurden meistens die Amputationen am Fundorte natürlich ohne Narkose vorgenommen, und es kam nicht selten vor, daß die Amputierten geheilt zu Hause ankamen. 1814 und 1815 ging man dazu über, die Kranken und Verwundeten in eine Gruppe kleiner Häuser zu verteilen (Pavillonsystem); jetzt sank die Sterblichkeitsziffer beträchtlich, auf etwa 40 Verwundete und Kranke kam ein Todesfall, während in früheren Kriegen von 9 Verwundeten einer, und von 18 bis 20 Kranken einer starb. Aus diesen Erfahrungen heraus errichteten die Amerikaner im Bürgerkriege 1861 bis 1865 Barackenlazarette; auch 1870/71 zeigte sich, daß kleine luftige Baracken oder Zelte manchmal geräumigen Schlössern mit weiten Sälen vorzuziehen sind. 1870/71 war der erste Krieg, in dem die Verluste durch Krankheiten bei dem deutschen Heere geringer waren, als die Verluste an Verwundeten. Jetzt hat man auf diesen Erfahrungen weiter gebaut; die Feldlazarette benutzen meist vorhandene Gebäude, auf den Truppen-Hauptverbandplätzen spielen jedoch Zelte eine große Rolle. Vor allen Dingen muß aber der Transport in die Heimat beschleunigt werden. Die Verwundetensterblichkeit beträgt jetzt im deutschen Feldheere weniger als 1½%.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

6. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Kriegsbeschädigtenfürsorge. Aerztliche Mitteilungen aus und für Baden; 1916, Nr. 13.

Der Landesausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge im Großherzogtum Baden hat an die dortigen ärztlichen Vereine des Landes ein von ihm ausgearbeitetes Merkblatt nebst ärztliches Zeugnis zur Verbreitung an die Vereinsmitglieder zugeschickt, die sich auch für weitere Kreise empfiehlt und deshalb an dieser Stelle zum Abdruck gebracht ist.

Merkblatt.

Die Kriegsteilnehmer, die den Arzt um Ausstellung eines Zeugnisses zwecks Einleitung eines Heilverfahrens angehen werden, setzen sich aus vier Gruppen zusammen:

1. aus Rentenempfängern, die wegen unheilbaren schweren Leidens aus dem Heeresverbande entlassen wurden;
2. aus Rentenempfängern, bei denen das Heilverfahren während der Lazarettbehandlung aus irgendwelchen Ursachen nicht zum Abschluß gekommen ist;
3. aus Rentenempfängern, bei denen das Heilverfahren während der Dienstzeit zwar abgeschlossen wurde, sich jedoch eine Verschlimmerung des Leidens nach ihrer Entlassung aus dem Militärdienst einstellte;
4. aus Kriegsteilnehmern, die ohne Versorgung entlassen wurden und erst nach ihrer Entlassung offensichtlich erkrankten und die ihr Leiden zu Recht oder zu Unrecht auf die Schädigung des Feldzuges zurückführen.

1. Die erste Gruppe wird nicht groß sein. Sie besteht vorwiegend aus Kranken mit schweren Rückenmarks- und Schädelschüssen, mit Lungentuberkulose usw. ohne Aussicht auf Besserung.

Der Landesausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge bringt ihrer sachgemäßen Versorgung das wärmste Interesse entgegen und ist für ärztliche Vorschläge in dieser Richtung dankbar. Er ist bereit, alleinstehende Sieche auf seine Kosten im Bedarfsfalle in Krankenanstalten unterzubringen oder, falls sie Angehörige besitzen, diese durch Gewährung von Unterstützungen und ärztlichen Hilfsmitteln in den Stand zu setzen, den Kranken in der Familie zu verpflegen. Der Landestuberkuloseausschuß ist bereit, sich der Lungenkranken anzunehmen und die Gefahr der Ansteckung ihrer Angehörigen durch entsprechende Maßnahmen wirksam zu bekämpfen.

2. Auch die zweite Gruppe wird vermutlich ebenfalls nicht groß sein.

Durch Verfügung des Kriegsministeriums vom 4. April 1915 darf eine Entlassung als dienstunbrauchbar nicht stattfinden, bevor nicht durch geeignete Behandlung versucht wird, den höchstmöglichen Grad der Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der verstümmelten oder sonst beschädigten Glieder oder der Leistungsfähigkeit des Kranken zu erreichen. Immerhin ist infolge der besonderen Verhältnisse der ärztlichen Versorgung während des Feldzuges anzunehmen, daß Fälle vorkommen werden, wo diese kriegsministerielle Bestimmung nicht streng eingehalten worden ist.

Es wird sich dabei vorwiegend um folgende Kranke handeln:

a) Verletzte, bei denen durch fachärztlich vorzunehmende blutige Eingriffe, besonders durch plastische Operationen an Sehnen und Nerven die Gebrauchsfähigkeit der Glieder wesentlich gesteigert werden kann;
b) innerlich Kranke, besonders Tuberkulöse, die durch ein Heilverfahren in ihrem subjektiven und objektiven Befinden wesentlich gehoben werden können;
c) Kranke mit hysterischen Störungen (z. B. beiderseitige Ertaubung, Stummheit, allgemeines Muskelzittern, Lähmungen usw.), die durch zweckentsprechende Behandlung von ihren Leiden befreit werden können.

In diesen Fällen trägt grundsätzlich die Militärverwaltung die Kosten des Heilverfahrens.

3. Die dritte Gruppe von Rentenempfängern wird umfangreicher sein und im Laufe der Jahre noch erheblich wachsen, da es im Wesen vieler Kriegsschädigungen begründet liegt, daß nach anfänglichen Besserungen Rückfälle und Verschlimmerungen eintreten.

Sie wird sich voraussichtlich hauptsächlich aus folgenden Kranken zusammensetzen:

a) Verletzte, bei denen nach anfänglicher Heilung Fisteln zum Durchbruch kommen, Amputierte mit wunden und schmerzhaften Stümpfen, Verwundete, die von nicht entfernten Geschoßsplittern Schmerzen verspüren, Schädelverletzte, bei denen sich als Folge von Narbenbildung usw. Gehirnstörungen (epileptische Anfälle, Kopfschmerzen, Benommenheit) einstellen;
b) innerlich Kranke, die an einem Rückfall in ihr früheres Leiden (z. B. akuter Gelenkrheumatismus, Ischias, Herz- und Nierenleiden, Tuberkulose der Lunge) erkranken und eines Heilverfahrens bedürftig werden.

In diesen Fällen trägt die Militärverwaltung die Kosten des Heilverfahrens, falls die Krankheit eine Folge der im Kriege erlittenen Dienstbeschädigung ist und nur durch angemessene Behandlung in einem Lazarett, einer Lungenheilstätte oder durch Badekur eine Heilung oder erhebliche Besserung zu erhoffen ist.

4. Die vierte Gruppe endlich wird sich aus Kriegsteilnehmern zusammensetzen, die ohne Versorgung entlassen sind und an den verschiedensten Beschwerden erkrankten, die sie zum Teil mit Recht, häufiger auch mit Unrecht mit den Schädigungen des Feldzuges in Verbindung bringen. Es ist zu erwarten, daß bei der in Laienkreisen weitverbreiteten Neigung, die verschiedenartigsten Störungen mit irgendwelchen, zum Teil fernliegenden Schädigungen in ursprüngliche Beziehung zu setzen, die Zahl dieser Kranken gleichfalls nicht gering sein wird.

Die Behandlung dieser Fälle gehört nicht zu den eigentlichen Aufgaben des Landesausschusses der Kriegsbeschädigten-Fürsorge. Er muß sich daher vorbehalten, die Ansprüche des Erkrankten auf ein Heilverfahren zu prüfen, und falls ein innerer Zusammenhang zwischen den Kriegsschädigungen und den bestehenden Leiden angenommen werden darf, ein Heilverfahren auf seine Kosten durchzuführen oder den Kranken mit seinen Ansprüchen an die Militärverwaltung oder andere Stellen zu verweisen.

Der Landesausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge ist bestrebt, allen Ansprüchen der Kriegsbeschädigten auf ein Heilverfahren nachzukommen, soweit sie gerecht sind und das Heilverfahren zu einer Heilung oder Besserung der Beschwerden wirklich erforderlich ist.

Auf der anderen Seite ist jedoch der Landesausschuß mit Rücksicht auf die große Zahl der voraussichtlich notwendig werdenden Heilverfahren und die dafür verfügbaren Mittel genötigt, alle überflüssigen und vermeidbaren Kuren abzulehnen.

Um die anspruchsberechtigten Kriegsteilnehmer von den übrigen zu sondern und den Behandlungsbedürftigen das erforderliche Heilverfahren im vollen Umfange zukommen zu lassen, ist der Landesausschuß auf die opferwillige Mitarbeit der Aerzte angewiesen. Diese werden in richtiger Würdigung der Aufgaben der Kriegsbeschädigtenfürsorge und der zur Verfügung stehenden Mittel gewiß bereit sein, in jedem einzelnen Falle durch Ausstellung eines klaren, kurzen und doch erschöpfenden Zeugnisses über den Gesundheitszustand des Antragstellers den Landesausschuß in die Lage zu setzen, die Berechtigung des Gesuches einer Nachprüfung zu unterziehen.

Der Landesausschuß sieht davon ab, das Zeugnis der Aerzte an einen bestimmten, vorgedruckten Fragebogen zu binden, da die auftauchenden Fragen so mannigfaltig sein werden, daß ein Fragebogen, der ihnen gerecht werden wollte, sehr umfangreich und umständlich sein müßte. Es kann jedoch erwartet werden, daß der Arzt auch ohne nähere Anweisung alle Punkte, die für die Beurteilung des Leidens des Kriegsbeschädigten und der ärztlichen Heilvorschläge erforderlich sind, aus eigenem Ermessen berührt, sich dadurch weitere Rückfragen erspart und das Heilverfahren für den Kriegsbeschädigten nicht unnötig verzögert.

Obwohl der Landesausschuß den Aerzten soweit völlige Freiheit in der Form des Zeugnisses läßt, so legt er doch den Wert darauf, daß sein Inhalt lückenlos ist. Das Zeugnis muß berücksichtigen

a) die Vorgeschichte des Leidens. Wann und wie äußerte sich das Leiden vor, während und nach dem Feldzuge? Wann, wo und wie wurden bisher Heilverfahren durchgeführt, auf wessen Kosten und mit welchem Erfolge?
b) den gegenwärtigen Befund. Bei örtlichen Leiden ist eine genaue Schilde-

rung der krankhaften Veränderung notwendig, bei allgemeinen Leiden eine eingehende Darstellung der ärztlichen Untersuchung (Perkussion, Auskultation, Sputumuntersuchung, Urinuntersuchung, Temperatur-Messungen usw.),

c) die Beurteilung des Zustandes. Was für ein Leiden liegt vor? In welcher Beziehung steht es zu den Kriegsschädigungen (vergl. Ziffer 1—4)?
Ist eine etwaige Lungenerkrankung tuberkulöser Natur?

d) die Wirkung des Leidens auf die Erwerbsfähigkeit. Steht der Kranke in Arbeit und mit welchem Erfolge?

e) Vorschläge zur Behandlung. Ist von einem Heilverfahren zu erwarten völlige Heilung, oder wesentliche Besserung, oder wenigstens Linderung der Schmerzen?
Welche Kranken- oder Heilanstalt, welches Bad, welcher Erholungsaufenthalt oder Luftkurort kommt in Frage? Bei voraussichtlich gleichem Erfolge sind die dem Wohnorte des Kranken am nächsten gelegenen Orte zu bevorzugen;

f) voraussichtliche Dauer des Heilverfahrens;

g) ist der Kranke mit der Durchführung des vorgeschlagenen Heilverfahrens einverstanden?

h) verpflichtet sich der Kranke solange in der Heilanstalt, dem Badeort usw. zu bleiben, als es der Arzt für nötig hält?

i) ist nach ärztlichem Gutachten eine Reisebegleitung erforderlich?

k) leidet der Kranke oder seine Familie an ansteckenden Krankheiten? Oder an Zuständen, welche für andere im Verkehr schwer erträglich sind (starker Husten, Auswurf, Ausdünstungen und dergleichen)?

l) sind die Zähne in Ordung, d. h. genügend Zähne zum Kauen vorhanden und keine Eiterungen oder Schmerzen zu befürchten?
Von dem Inhalt des Zeugnisses und den gemachten Behandlungsvorschlägen wird gebeten, dem Kranken keine Mitteilung zu machen, sondern es in einem verschlossenen Umschlag dem Landesausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge, Abteilung Heilfürsorge in Karlsruhe, — Kaiserallee 8 — einzusenden.

---

a. Fragen zur Ansiedlung Kriegsbeschädigter. Von Hans Würtz-Zehlendorf. **b. Kriegsinvaliden als Siedler.** Von Hans Ostwald-Zehlendorf. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1916, Nr. 9.

a. W. beschäftigt sich eingehend mit der Siedlungsfrage und will namentlich die Stellungnahme zu folgenden Fragen anregen:

1. Was versteht man unter einem siedlungsberechtigten Kriegsbeschädigten?
2. Unter Siedlungen für Kriegsbeschädigte?

b. O. hält es für das Richtigste, Kriegsinvaliden anzusiedeln im Interesse ihrer Gesundheit, ihrer wiedererwachenden Arbeitsfähigkeit, ihrer moralischen und wirtschaftlichen Wiederaufrichtung; dasselbe gilt auch für die Kriegerwitwen.

Dr. Wolf-Hanau.

Ein Vorschlag zur Lösung des Problems der „willkürlich beweglichen künstlichen Hand". Von Oberstabsarzt Dr. Pochhammer-Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 19.

Es wird vorgeschlagen, durch Kreuzung eines Teiles der Muskel- und Sehnenenden bei der Stumpfplastik an Stelle „beweglicher Kraftwülste" (Sauerbruch) bewegliche Tast- und Greifwülste am Stumpfende bei Armamputierten zu bilden. Diese ermöglichen eine „spontane Greiffähigkeit" des Armstumpfes und lassen sich zur Herstellung einer „willkürlich beweglichen künstlichen Hand" nutzbar machen. Dr. Roepke-Melsungen.

---

7. Soziale Hygiene.

Die Erhaltung der Volkskraft. Von Geh. Sanitätsrat Dr. W. Lublinski. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Jahrgang 24, Nr. 9.

Es soll nicht nur auf die Volksvermehrung Wert gelegt werdern, sondern

auch auf die Erhaltung der Volkskraft. Wenn nach dieser Richtung hin auch schon durch Mutterschutz, Säuglingspflege, Krippen usw. viel getan ist, so bleibt doch noch ein reiches Arbeitsfeld. Im Gewerbe gibt es einen Kinderschutz, aber nicht in der Landwirtschaft. Die Kinder, die mit Erwachsenen zusammenarbeiten, leiden oft Einbuße an ihrer Moral; Beweis: die Zunahme der verurteilten Jugendlichen. Gerade jetzt, wo in vielen Familien der Vater fehlt, sollte die Erhaltung der Volkskraft eine große Rolle spielen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Krieg und Geburtenrückgang. Von Obersanitätsrat Dr. Altschul-Prag. Das Oesterreichische Sanitätswesen; 1916, Nr. 9—12.

Als Gesamtergebnis konnte die höchst wichtige Tatsache festgestellt werden, daß das Gedeihen der Kinder um so besser und die Gewichtszunahme um so konstanter und größer waren, je jünger das Kind beim Eintritt in die Kriegspatenschaft war, je früher also Mutterberatung, ärztliche Aufsicht und Ordination eingesetzt hatten. Eines steht und geht wohl aus den Darstellungen hervor, nämlich, daß die Kriegspatenschaft nicht eine einfache Armenunterstützung ist, sondern eine systematisch betriebene hygienische Institution, die hoffentlich nicht nur die Kriegszeit überdauern, sondern sich zu einer bleibenden und sich immer erweiternden Einrichtung gestalten wird. Wenn man schon in nächster Zeit darangehen wird und man wird darangehen müssen, Institute der Säuglingsfürsorge, namentlich der offenen Säuglingsfürsorge, ins Leben zu rufen, dann kann man auch auf die bei kriegspatenschaftlicher Fürsorge gemachten Erfahrungen, auf ihre Einrichtung und Methodik zurückgreifen. Und der größte Erfolg der Kriegspatenschaft wird es sein, wenn zur Gründung gleicher und ähnlicher Einrichtungen in anderen Stadt- und Landbezirken Oesterreichs Anlaß gegeben wird. Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Dr. Hans Salomon-Weimar: **Taschenbuch mit Anleitung** für die klinisch-chemischen und bakteriologischen Untersuchungen von Harn, Auswurf, Mageninhalt, Erbrochenem, Darmentleerungen, Blut. Für Studierende, Krankenschwestern, Laboratoriumsgehilfinnen, Sanitätsmannschaften. Weimar 1916. Panses Verlag G. m. b. H. Gr. 12°, S. 79, Preis: geb. 1 Mk.

Das Büchlein behandelt in gedrängter Form die wichtigsten klinisch-chemischen Untersuchungsmethoden, wie sie heute in jedem Krankenhause und von jedem Arzte vorgenommen werden. Neben den neueren Untersuchungsmethoden haben auch die alten erprobten volle Berücksichtigung gefunden. Die Darstellung ist mit Rücksicht auf den Kreis für den die Beschreibung bestimmt ist, gemeinverständlich gehalten, der wissenschaftliche Standpunkt dabei jedoch streng gewahrt. Um den Preis möglichst billig zu stellen, ist leider auf Abbildungen verzichtet; es ist dies ein Mangel, der sich gerade gegenüber Krankenschwestern, Helferinnen, Laboratoriumsgehilfen usw., denen das Handbuch in erster Linie als Berater dienen soll, recht fühlbar machen wird, ganz abgesehen davon, daß es uns überhaupt bedenklich erscheint, nicht völlig als Laboratoriumsgehilfen ausgebildete Krankenpflegern, Sanitätsmannschaften usw. mit derartigen Untersuchungen zu betrauen. Rpd.

Dr. Raimund Granier: Lehrbuch für Heilgehilfen und Masseure, Krankenpfleger und Bademeister. Achte Auflage; bearbeitet von Generaloberarzt Dr. **Hüttig**, Kreisarzt in Berlin. Mit 90 Abbildungen. Berlin 1916. Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz. Gr. 8°; 242 S. Preis: geb. 6,50 M.

Das von dem verstorbenen Geh. Med.-Rat Dr. Granier, Kreiserzt in Berlin, im amtlichen Auftrage verfaßte Lehrbuch für Heilgehilfen usw. liegt jetzt in neuer Auflage vor, die von dem Kreisarzt Dr. Hüttig bearbeitet ist. Die bewährte Anordnung des Stoffes ist unverändert geblieben, auch der Inhalt hat keine erheblichen Aenderungen erfahren, nur bei dem Abschnitt „Desinfizieren und Sterilisieren“ ist eine Beschreibung des für die Fleckfieber-

bekämpfung so wichtigen Entlausungsverfahren beigefügt worden. Das Lehrbuch braucht den Wettbewerb mit den in neuerer Zeit zahlreich erschienenen ähnlichen Lehrbüchern nicht zu scheuen und wird sich sicherlich ebenso wie bisher in seiner neuen Ausgabe einer großen Beliebtheit in den beteiligten Kreisen erfreuen. Seine Verbreitung dürfte jedoch voraussichtlich eine noch größere sein, wenn es künftighin nach Titel und Inhalt nicht mehr in erster Linie für „Heilgehilfen und Masseure“, sondern für „Krankenpfleger“ bestimmt wird. Rpd.

Prof. Dr. Paul Friedrich Richter-Berlin: **Gesundheitspflege der Nieren und Harnorgane.** Mit 11 Abbildungen. Leipzig 1916. Max Hesses Verlag. Kl. 8°, 111 S. Preis: geb. 1,35 M.

Die vorliegende Schrift bildet den 16. Bd. der in Max Hesses Verlag erscheinenden und im Auftrage des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen herausgegebenen Sammlung gemeinverständlicher Darstellungen aus dem Gebiete der Gesundheitspflege. Erhaltung der Volksgesundheit durch Verhütung der Krankheit ist der Zweck dieser Bücherei modernen Wissens; die Bücher haben den Charakter von Hausbüchern und sind deshalb in einer für das Laienpublikum geeigneten Form geschrieben, das auf diese Weise eine einwandfreie und maßgebende Schilderung der wissenschaftlichen Forschungsergebnisse erhält. Das Richtersche Büchlein bringt zunächst kurze, klar gehaltene anatomische und physiologische Vorbemerkungen über die Harnorgane (I), dann folgen zwei Abschnitte über allgemeine Gesundheitspflege der Nieren (II) und der harnabführenden Organe — Harnblase und Harnröhre — (III); die sich hieran anschließenden Vorschriften zur Verhütung der wichtigsten Krankheiten der Harnorgane (IV) und Harnröhrenkrankheiten (V) bilden den größeren, wichtigsten und wertvollsten Teil des für seinen Zweck vorzüglich geeigneten Handbuches. Rpd.

Dr. med. Eisenstadt-Berlin: **Beiträge zu den Krankheiten der Postbeamten.** Fünfter Teil. Berlin 1916. Verlag: Deutscher Postverband, Berlin Nr. 18. 4°, 168 S.

Die vorliegende Arbeit bringt nicht nur die statistischen Ergebnisse der Sterbekarten des Verbandes mittlerer Reichs-Post- und Telegraphen-Beamten aus den Jahren 1909—1913 und führt damit die wissenschaftliche Ausnutzung der Sterbekarten von 1903—1908 weiter, sondern sie erhält auch sonst wertvolle Abhandlungen über die zeitgemäße Frage „Kinderarmut und Beamtenstand“, über die Tuberkulosesterblichkeit der Lehrer, der mittleren Postbeamten und der Post- und Telegraphenbeamten, sowie über die steigende Sterblichkeit der mittleren Postbeamten hervorzuheben, die um so auffallender ist, als ihr ein sichtlicher Rückgang der Tuberkulose gegenübersteht. Dies zeigt auch, welchen Wert für die wirtschaftliche Lage der Beamten wahrheitsgemäße Aufzeichnungen besitzen; denn die genaue Ausfüllung der Sterbekarten ermöglicht, den Krankheitsursachen nachzuforschen und Wege zur Krankheitsverhütung zu finden. Die schon früher vom Verfasser nachdrücklich betonte Forderung der Frühehe wird auch diesmal von ihm auf Grund des Materials aus dem Zeitabschnitt 1909—1913 aufrecht erhalten. Für Aerzte und Bevölkerungspolitiker, für Versicherungsmedizin und soziale Hygiene bringt die Arbeit zahlreiche Lehren und Anregungen. Rpd.

Prof. Dr. med. C. Bachem in Bonn: **Deutsche Ersatzpräparate für pharmazeutische Spezialitäten des feindlichen Auslandes.** Bonn 1916. Verlag von A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn). 12°, 28 Seiten; Preis: 0,60 M.

In dem Schriftchen wird an der Hand zahlreicher Beispiele gezeigt, daß wir für die meisten vor dem Kriege aus dem Auslande, besonders aus Frankreich und England, bezogenen pharmazeutischen Spezialitäten im Inlande hinreichenden Ersatz besitzen. Es wird ferner die Zusammensetzung der wichtigsten Präparate mitgeteilt, bezw. ein der Originalvorschrift nahekommendes Rezept genannt. Der Arzt kann hiernach also mit Leichtigkeit die Verordnung einer ausländischen Spezialität umgehen. Das kleine handliche

Format erleichtert die bequeme Einlage in jedes Rezeptbuch oder jeden ärztlichen Kalender. Rpd.

F. Sauerbruch, ord. Professor der Chirurgie in Zürich: **Die willkürlich bewegliche künstliche Hand.** Eine Anleitung für Chirurgien und Techniker. Mit 104 Textfiguren. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°; 143 S. Preis: 7 M., gebunden 8,40 M.

Die vorliegenden unter Mitwirkung von den Oberarzt d. L. A. Stadler, Chefarzt des Vereinslazaretts Siegen, verfaßte und mit anatomischen Beiträgen von Prof. G. Ruge und W. Felix in Zürich versehene Arbeit bringt den Beweis, daß die Muskelkraft eines Amputationsstumpfes erfolgreich für nahezu gleichwertige Leistung der physiologischen Tätigkeit des Armes herangezogen werden kann. Das gesteckte Ziel: die Herstellung einer willkürlich bewegbaren, künstlichen Hand, ist allerdings bisher infolge technischer Schwierigkeiten noch nicht erreicht, seine Erreichung aber durch die dem Buche in ihren Hauptzügen sichergestellten anatomischen-physiologischen und klinischen Grundlagen wesentlich näher gerückt, sowie dank der unter Leitung des Direktors der Diplomwerke bei der Firma Siemens-Schuckert, Prof. Reichel, nach gründlichen Vorstudien und mit großem Eifer betriebenen Arbeiten erheblich gefördert. Die ebenso vorzüglichen wie sachgemäßen Ausführungen des Verfassers sind so recht geeignet, um Anregung zu neuen und weiteren Arbeiten zu geben; deshalb wird auch seine Schrift sowohl dem Chirurgen, als dem Techniker in hohem Grade willkommen sein. Rpd.

Vereinsschriften des Vereins für Wasser- und Gaswirtschaft. Herausgegeben von Generalsekretär Erwin Stein.

Von den jetzt im Deutschen Kommunal-Verlag, Berlin-Friedenau, erschienenen Schriften des Vereins für Wasser- und Gaswirtschaft:

Denkschrift über die Arbeiten des Vereins; Heft 2, Kl. 8°, 30 S. Preis: geh. 0,75, geb. 1,50 M.;

Die Schwefelmengung des Leuchtgases von Dr. Otto Pfeiffer, Chemiker des städtischen Gas- und Wasserwerkes in Magdeburg; Heft 3, Kl. 8°, 32 S. Preis: geh. 1,50, geb. 2,25 M.;

Die Haftung der Gemeinden für die Betriebsleiter und sonstigen Angestellten an den Gemeindeanstalten; von Amtsgerichtsrat Meene in Bad Oeynhausen, Heft 4, Kl. 8°, 19 S. Preis: geh. 1 M., geb. 1,50 M.

interessiert die Leser dieser Zeitschrift namentlich die zuletzt genannte Schrift, die eine vortreffliche verwaltungsrechtliche Betrachtung der Frage zur Rechtsprechung des Reichsgerichts darstellt und demzufolge auch für Aerzte, soweit sie an kommunalen Anstalten als Aerzte angestellt sind, von großem Wert ist. Rpd.

Tagesnachrichten.

Zur Sicherung der **Volksernährung** sind in letzter Zeit wieder verschiedene Verordnungen erlassen; durch die die Verarbeitung von Obst und Gemüse (Verordnungen vom 5. August d. J.), die Sicherstellung der Kartoffelversorgung (Verordnung vom 2. August d. J.) und der Verkehr mit Eiern (Verordnung vom 12. August d. J.) geregelt ist. Ebenso haben die Verordnungen über Oelfrüchte und daraus gewonnene Produkte (unter dem 26. Juni d. J.) über Hülsenfrüchte und Brotgetreide (unter dem 29. Juni d. J.) eine Neufassung erhalten. Ferner ist durch Verordnung vom 3. August d. J. die Vornahme einer allgemeinen Bestandsaufnahme der wichtigsten Lebensmittel angeordnet, die sich bei Haushaltungen von weniger als 30 Mitgliedern nur auf Fleischdauerwaren, Fleischkonserven und Eier, bei solchen mit mehr zu verpflegenden Personen (darunter auch Anstalten aller Art, Krankenanstalten, Irrenanstalten, Erholungsheime usw.), dagegen auch auf alle anderen Lebensmittel (Reis, Hülsenfrüchte, Gemüsekonserven, Zucker, Dörrgemüse, Marmelade, Kaffee, Tee, Butter, Schmalz usw.) erstreckt (s. S. 127 der heutigen Beilage). Außerdem ist eine Verordnung (vom 3. August d. J.) über den Verkehr mit Gummisauger erlassen (s. S. 129 der heutigen Beilage).

Das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen veranstaltet im Anschluß an die Tagung der Zentralstelle für Balneologie, die im September d. Js. in Rostock stattfindet, eine **Studienreise** nach den Bädern in Mecklenburg und Fürstentum Lübeck sowie nach Lübeck, Travemünde und der Holsteinischen Schweiz. Die Reise soll am 2. September in Warnemünde beginnen und am 7. September in Plön enden. Preis für die ganze Reise einschließlich Eisenbahn- und Dampferfahrten, Nachtquartier und Verpflegung (mit Ausnahme der Getränke und Trinkgelder): 100 M. Anfragen und Meldungen sind an das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen Berlin W. 9, Potsdamerstraße 134 b, zu richten.

Der **IV. Deutsche Kongreß für Krüppelfürsorge** findet am 21. August d. J. in Köln im Gürzenichsaale statt.

Tagesordnung:

Sonntag, den 20. August, 8 Uhr abends: Zwanglose Zusammenkunft im Gürzenich-Restaurant (Martinstr.).

Montag, den 21. August, 9 Uhr vormittags: Sitzung des geschäftsführenden Vorstandes und Kongreßausschusses im Isabellensaal des Gürzenichs. 9½ Uhr vormittags: Sitzung des Ausschusses im Isabellensaal des Gürzenichs.

10 Uhr vormittags: Kongreßsitzung im großen Saale des Gürzenich: Begrüßungsansprache des Vorsitzenden Prof. Dr. Krautwig. — 1. Die vaterländische und sittliche Bedeutung der Krüppelfürsorge: Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat. Prof. Dr. Dietrich-Berlin; — 2. Der Arzt in der Krüppelfürsorge: Prof. Dr. Biesalski-Berlin; — 3. Die soziale Bedeutung der Krüppelfürsorge und ihr Einfluß auf die Rasse: Dr. Peter Bade-Hannover; — 4. Körperliche Mängel am Seelenleben: Prof. D. Aschaffenburg-Cöln; — 5. Die erzieherische Bedeutung der Arbeit in der Krüppelfürsorge: Rektor Schlüter-Bigge; — 6. Die Krüppelfürsorge im Lichte der Kultur. (Mit Lichtbildern und Filmvorführung): Erziehungsdirektor Hans Würtz-Berlin-Zehlendorf. — Wahl des nächsten Kongreßortes und des Vorsitzenden.

Nachmittags 4 Uhr: Besichtigung des städtischen Krüppelheims, Stiftung Dr. Dormagen und des Guffanti-Hauses in Cöln-Merheim, Lachemerweg. — 1. Praktische Lehrprobe: Schreibunterricht der Krüppelkinder: Lehrer Thomé-Cöln; — 2. Angliederung landwirtschaftlicher Betriebe an Krüppelheime und ähnliche Anstalten: Dr. von Kahlden-Cöln (Generalsekretär des Rheinischen Bauernvereins).

Abends 8 Uhr: Zwanglose Zusammenkunft auf der Garten-Terrasse des Opernhauses Rudolphplatz. (Zu erreichen mit Straßenbahnlinie 18 ab Dom.)

Da Auswärtige, wenn es gewünscht wird, sich über ihre Person ausweisen müssen, so empfiehlt es sich, einen Paß oder Unverdächtigkeitsbescheinigung der Polizeibehörde des Wohnortes nebst Bild und Namensunterschrift mitzuführen. Der Verkehrs-Verein (Bischofsgartenstr. 16) vermittelt den Kongreßteilnehmern auf Wunsch geeignete Wohnungen. Weitere Auskünfte werden durch das Büro Cöln, Stadthaus, Zimmer 111, erteilt.

Im unmittelbaren Anschluß an den vorstehenden Kongreß finden noch folgende Tagungen statt:

a. Aerztliche Tagung.

Tagesordnung:

Dienstag, den 22. August 1916, 9 Uhr: 1. Ansprache des Vorsitzenden; Geheimrat Prof. Dr. Hering. — 2. Begrüßung durch Herrn Oberbürgermeister Wallraf. — 3. Eröffnungsrede; Generalarzt Dr. Schultzen. — 4. Diabetes; Berichterstatter: k. k. Hofrat Prof. Dr. von Noorden-Frankfurt. — 5. Magen-Darmerkrankungen; Berichterstatter: Stabsarzt Geheimrat Prof. Dr. Schmidt-Halle. — 6. Epilepsie; Berichterstatter: Generalarzt Geheimrat Prof. Dr. Tilmann, Geheimrat Prof. Dr. Sommer-Gießen.

b. Tagung für Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Tagesordnung:

Dienstag, den 22. August 1916, abends 8½ Uhr: Begrüßungsabend im großen Saale des Gürzenich.

Mittwoch, den 23. August 1916, vormittags 9 Uhr: 1. Organisation und bisherige Arbeit der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge;

Landesdirektor von Winterfeldt, Vorsitzender des Reichsausschusses der Kriegsbeschädigtenfürsorge in Berlin. — 2. Die bürgerliche Kriegbeschädigtenfürsorge und die Gesetzgebung; Dr. Schweyer, Ob.-Reg.-Rat im Staatsministerium des Innern in München. — 3. Landwirtschaft und Kriegsbeschädigtenfürsorge; Direktor a. D. Prof. v. Strebel in Stuttgart. — 4. Ländliche Siedlung; Regierungspräsident von Schwerin in Frankfurt a. O. — 5. Städtische Siedlung; Wirklicher Geheimer Rat Dr. Dernburg in Berlin.

Donnerstag, den 24. August 1916, vormittags 9 Uhr: 1. Die ärztliche Fürsorge für die Kriegsverstümmelten; Med.-Rat Oberstabsarzt Dr. Rebentisch in Offenbach a. M. — 2. Die ärztliche Fürsorge für die Kriegskranken; Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Dietrich in Berlin. — 3. Die Hinterbliebenenfürsorge; Bürgermeister von Hollander in Mannheim. — 4. und 5. Die Kriegsbeschädigtenfürsorge in der Industrie; Hüttendirektor Probst in Düsseldorf und Generalkommissionsvorsitzender Legien, M. d. R., in Berlin.

Nachmittags 5 Uhr: Für den engeren Kreis der Interessenten: Aussprache über die Erfahrungen, die in der Praxis mit den Prothesen gemacht worden sind, im Anschluß an die Berichte der Herren Prof. Dr. Biesalski in Berlin, k. k. Generalstabsarzt Prof. Dr. Dollinger in Budapest, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt Dr.-Ing. h. c. Hartmann in Berlin, Landesrat Dr. Horion in Düsseldorf und k. k. Oberstabsarzt Prof. Dr. Spitzy in Wien.

Freitag, den 25. August 1916, vormittags 9 Uhr: 1. Die Unterbringung der Kriegsbeschädigten im öffentlichen Dienst; Bürgermeister Dr. Luppe in Frankfurt a. M. — 2. Die Verwendungsmöglichkeit der Kriegsbeschädigten im Handel (Redner noch unbestimmt). — 3. Die Verwendungsmöglichkeit der Kriegsbeschädigten im Handwerk (Redner noch unbestimmt). — 4. Der Arbeitsnachweis für Kriegsbeschädigte; Rechtsrat Dr. Fischer in Nürnberg. — 5. Die Mitarbeit der Frau in der Kriegsbeschädigtenfürsorge; Freifrau von Bissing in Berlin. — 6. Die Fürsorge für die Familien der Kriegsbeschädigten; Pastor Kießling in Hamburg.

Alle Sitzungen finden im Gürzenich statt. Ein im Gürzenich eingerichtetes Kongreßbüro erteilt in allen die Tagung betreffenden Fragen Auskunft und stellt Ausweiskarten aus, die zum freien Eintritt in die öffentlichen Sammlungen berechtigen. Der Cölner Verkehrsverein (Bischofsgarten 19 am Domhof) vermittelt auf Wunsch Wohnungen und gibt empfehlenswerte Gasthöfe an.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten das

Eiserne Kreuz I. Kasse:

Stabsarzt Dr. Aumann-Coblenz.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Felix Cohn-Hamburg.
Stabsarzt d. L. Dr. Mölleney-Altendorf (Reg.-Bez. Arnsberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Moltricht, Schularzt in Hamburg.
Feldarzt Dr. Hermann Stölting-Santiago (Chile).
Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Max Trappe-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Trenkner,** kommiss. Physikus in Schlotheim (Schwarzburg-Rudolstadt).
Generaloberarzt Dr. Wendel-Ludwigsburg (Württemberg).

Großherzogl. Hessisches Militärsanitätskreuz am Bande der Tapferkeitsmedaille: Prof. Dr. Jesioneck, Med.-Rat Dr. Oswald, Direktor der Landes-Irrenanstalt, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Poppert, Prof. Dr. Soetbeer, Prof. Dr. Voit, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Vossius und Med.-Rat Kreisarzt Dr. Walger, sämtlich in Gießen.

Ehren-Gedächtnistafel.[1]) **Für das Vaterland gefallen oder gestorben** sind ferner:

Stabsarzt d. Res. Dr. Johann Dickert, Chefarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Schleswig.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Josef Ehrenwall-Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. L. Dr. Hans Erhardt-Breslau.
Oberstabsarzt d. L. Dr. E. Hähnle-Reutlingen (infolge von Krankheit gestorben).

Oberarzt d. Res. Dr. Günther von Halfern-Heidelberg (gestorben infolge von Krankheit).
Oberarzt Dr. Johannes Heinze (gestorben in Tscheplau (Kreis Glogau) infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Hillmann-Heiligenstadt (Reg.-Bez. Erfurt) (gestorben infolge von Blutvergiftung).
Stabsarzt d. Res. Dr. Hohnfeldt (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. Hans Kirschner-Nürnberg.
Feldarzt San.-Rat Dr. Karl Kolbe-Bommern a. Ruhr (Reg.-Bez. Arnsberg).
Assistenzarzt d. L. Dr. Ernst Maas-Stettin (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Neddersen.
Stabsarzt d. L. Dr. V. Olszewski-Rosdzin (Oberschlesien) (gestorben infolge von Krankheit).
Oberarzt d. Res. Dr. Paul Przewodnik, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lüben (Reg.-Bez. Liegnitz).
Assistenzarzt Dr. Gerhard Rocholl.
Bataillonsarzt Dr. M. Weyl.

Außerdem ist auf dem Felde der Ehre gefallen: Stud. med. Georg Riedel, Leutnant d. Res. im Inf.-Reg. Nr. 180, Inhaber des Eisernen Kreuzes I. und II. Klasse und des Ritterkreuzes des Württembergischen Militärverdienstordens, Sohn des Med.-Rats Dr. Riedel, Physikus in Lübeck.

Berichtigung: Der in Nr. 15 gemeldete Tod des Oberstabsarztes Dr. Hocheisen-Marbach hat sich erfreulicher Weise nicht bewahrheitet; der Kollege ist von einem Hals- und Lungenschuß wieder geheilt und bereits wieder ins Feld zurückgekehrt.

Cholera: In Ungarn ist vom 3. bis 15. Juli 1 (1) Fall festgestellt.

Fleckfieber: Im Deutschen Reich ist nur in der Woche vom 30. Juli bis 8. August eine Erkrankung bei einem Kriegsgefangenenlager vorgekommen; in Ungarn sind vom 3. bis 9. Juli 4 Erkrankungen amtlich gemeldet.

Pocken: Die Zahl der Pockenerkrankungen im Deutschen Reich betrug vom 30. Juli bis 5. August: 5 (außer 18 Erkrankungen unter den wolhynischen Rückwanderern in Heilsberg (Reg.-Bez. Königsberg).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 16. bis 22. Juli 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus: — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 4 (—); Tollwut: 2 (—); Rotz: 1 (—); Milzbrand: 1 (1); Pocken: 28 (—); Unterleibstyphus: 222 (19); Ruhr: 65 (5); Diphtherie: 1480 (80); Scharlach: 1126 (47); Kindbettfieber: 45 (13); Genickstarre: 5 (—); spinaler Kinderlähmung: 1 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 137 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 52; Tuberkulose (gest.): 658.

Sprechsaal.

Anfrage des Med.-Rats Dr. G. in M.: Sind die von Angehörigen von Kriegsteilnehmern verlangten kreisärztlichen Krankheitsatteste, die zur Begründung eines Antrages auf Beurlaubung des betreffenden Kriegsteilnehmers dienen sollen, bezüglich der Stempelpflicht ebenso zu behandeln wie Militärdienstreklamationsatteste, also stempelfrei?

Antwort: Ja, da es sich um eine auf die Heeresergänzung und die Befreiung von dem Heeresdienst usw. bezügliche amtliche Urkunde handelt, die nach § 4c des Stempelgesetzes stempelfrei ist.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 17.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verlihen: Die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem Med.-Rat Dr. Sudhölter, Kreisarzt in Minden i. W., dem San.-Rat Dr. Knörr, Direktor der Landesirrenanstalt in Teupitz (Kreis Teltow), dem San.-Rat Dr. Zinn, Direktor der Landesirrenanstalt in Eberswalde, dem Prof. Dr. Kaup in München.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Kaiserl. und Königl. Oesterreichisch-Ungarischen Ehrenzeichens I. Klasse vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration: dem Medizinaldirektor Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner-Berlin.

Ernannt: Die Kreisassistenzärzte Dr. Seitz in Halle i. Westf. zum Kreisarzt des Kreises Lübbecke, Dr. Winkelmann in Görlitz zum Kreisarzt in Tondern, Dr. Schulz in Tondern zum Gerichtarzt in Breslau; Privatdozent und Oberarzt Dr. Martin Kirschner in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Professor und Direktor der dortigen chirurgischen Universitätsklinik; Prof. Dr. v. Bergmann, Direktor der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses zu Hamburg zum ordentl. Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Marburg.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Angenete in Lübbecke in gleicher Eigenschaft nach Herford, Dr. Goos in Gifhorn nach Segeberg (Holstein).

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Dütschke, Reg.- und Med.-Rat in Stettin.

Königreich Bayern.

Ernannt: Hofarzt Dr. H Hofmeister in Schleißheim zum Bezirksarzt in Gerolzhofen.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Med.-Rat Dr. L. Zantl in Wertheim unter Verleihung des Verdienstordens vom heiligen Michael IV. Klasse mit der Krone.

Gestorben: Prof. Dr. Faulhaber in Würzburg.

(Fortsetzung der Personalien auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Obermedizinalrat: dem Gerichts- und Polizeiarzt Med.-Rat Dr. Nippolt in Freiberg i Sachsen.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel eines außerordentlichen Professors: den Privatdozenten Dr. Bacmeister und Dr. Trendelenburg-Freiburg in Breisgau.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Schmidt in Lahr.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Privatdozent Dr. Th. v. Wassielewski in Heidelberg zum ordentlichen Professor der Hygiene in Rostock.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Ernannt: Privatdozent Dr. Hegner in Jena zum außerordentlichen Professor.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Richter, Reg.- und Med.-Rat in Dessau (Anhalt.)

29. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1916.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 17. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Sept.

Neue Aufgaben für die deutschen Aerzte.

Von Dr. Döllner, Kreisassistenzarzt in Marburg und Bataillonsarzt beim Landsturm-Bataillon Gotha XI./24.

An keinem Gebiet unseres öffentlichen Lebens geht die eiserne Zeit vorbei, ohne ihm neue Aufgaben zu stellen. Auch die Heilkunde ist mächtig ins Treiben der Zeit hineingezogen, nicht nur als Helferin in und nach dem Kampfe gegen den Feind und gegen die unvermeidlichen Seuchen, sondern vor allem auch im Heimatgebiet als die Wahrerin unserer Volksgesundheit und als Hüterin und Stärkerin der zukünftigen Volkskraft. Keiner dieser Aufgaben hätte sie aber gerecht werden können, weder der Unterstützung des Heeres noch der Wacht über Gegenwart und Zukunft unseres Volkes, wenn sie als Wissenschaft in den Fehler verfallen wäre, dem leider eine stets zunehmende Zahl ihrer Schüler in den letzten 2 Jahrzehnten erlegen ist: der Zerspezialisierung. Mit Recht ertönte schon die berufenste Stimme, die als eine der zukünftigen Aufgaben der Medizin das Beherrschen des Gesamtgebietes durch alle Aerzte im Interesse des Vaterlandes forderte. Es war der

preußische Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, der endlich einmal mit herzerfrischender Deutlichkeit der Medizinerwelt — und auch der Spezialitäten lüsternen Laienöffentlichkeit — diese eigentlich so natürliche Mahnung zurief: Zurück zum Arzt, der gesamten Heilkunde Doktor! —

Es soll hier nicht untersucht werden, welches Maß von Schuld dem Publikum und welches den Aerzten an den bisherigen unbestreitbaren Auswüchsen des Spezialisierens und Zerspezialisierens zufällt; auch sollen nicht die Schäden, die schon im Frieden daraus erwachsen, durch Einzelfälle beleuchtet werden. Die Kriegszeit aber gebietet, auf den unhaltbaren Zustand hinzuweisen, daß z. B. ein Anatom, der 20 Jahre nur Laboratoriumsarbeiten gemacht und während dieser Zeit nie einen Kranken untersucht und behandelt, nie geimpft hat, plötzlich als Stabsarzt mit einem Bataillon ins Feld rücken muß, oder ein Gynäkologe oder Pharmokologe!! Oder gar ein Spezialist für Kinderkrankheiten, für Stoffwechselkrankheiten! Man wende nicht ein, daß jeder auch im Kriege in seiner Spezialität zu beschäftigen sei; denn erstens beruft das Heer seine Militärärzte nicht als Gynäkologen oder Kinderärzte, zweitens wird auch nicht der andere Wehrpflichtige nach seiner Spezialität im Zivilleben beschäftigt und selbst wenn das Militär (und es geschieht ja auch) spezialistische Stationen einrichtet, so kann es doch nicht alle Spezialisten unterbringen, während anderseits besonders Truppenärzte nötig sind. Der militärpflichtige Arzt hat einfach auf die Stelle zu gehen, die ihm zugewiesen der durchschnittlichen Gesamthöhe der Medizin zu halten, wird; damit erwächst ihm aber auch die Pflicht, sich beständig auf so daß er jede ihm zufallende Stelle gewissenhaft und ganz ausfüllen kann. Greift demnach nicht im Frieden schon die Zivilverwaltung zu Maßnahmen, welche ihr die Sicherheit bieten, daß im Falle öffentlichen Notstandes auch jeder nächste Spezialarzt mit Erfolg zur Hilfeleistung herangezogen werden kann, so wird um so sicherer die Militärbehörde aus diesem Kriege ihre Nutzanwendungen ziehen. Sie wird jedenfalls schon im Frieden die Aerzte viel öfter zu Uebungen bezw. ärztlichen Dienstleistungen heranziehen und hierbei an erster Stelle darauf Bedacht nehmen, daß die Spezialisten gerade zu den allgemeinen medizinischen Funktionen verwendet werden: also als Truppenärzte und auf Stationen, die ihrem Spezialfach nicht angehören.

Bei den weiten Perspektiven, die dieser Weltkrieg hinsichtlich der Zukunft unseres Volkes und Reiches eröffnet hat, insbesondere bei der Wichtigkeit der Vermehrung, Erhaltung und Verbesserung des Menschenmateriales, kann aber kein Zweifel obwalten, daß angesichts dieser gewaltigen Aufgaben auch die Zivilverwaltung das Recht hat, an die Aerztewelt andere und größere Anforderungen im Interesse der Gesamtheit zu stellen, wie bisher. Sie muß und wird zunächst verlangen, daß jeder Arzt alle Disziplinen der Medizin, über deren Kenntnis er sich im Staats-

examen ausweisen mußte, auch dauernd wirklich beherrscht; denn verliert er diese Kenntnisse, so ist er eben nicht mehr die seiner Zeit approbierte Person und läuft somit Gefahr, die ihm unter anderen Verhältnissen verliehene Approbation zu verlieren. Einen Vorgang ähnlicher Art haben wir bereits in einer Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts hinsichtlich der Hebammen. Es wird also bei der nicht zu umgehenden Neuordnung des Aerztewesens der Staat wohl den Aerztekammern die Pflicht auferlegen, die Aerzte in einem bestimmten Umlauf zu regelmäßigen Wiederholungskursen (natürlich unter entsprechenden Entschädigungen) einzuberufen. Es wird dies ja Geld kosten, aber diese Summen werden nach dem Kriege, als ein Teilbeitrag der Friedens- und Kriegsrüstung, bewilligt werden. Da der Wert des Menschenmateriales jetzt voll erkannt ist, werden die Summen für dessen Leistungsfähigkeit gewiß in Zukunft mindestens ebenso bereitgestellt werden, wie dies bisher für Beschaffung des toten Materiales der Fall war. Ich denke dabei nicht nur an das lebende Material für Kriegszwecke, sondern viel, viel mehr an das lebende Material für die Zwecke einer hoffentlich nie mehr gestörten glücklichen Friedensarbeit.

Für die gewaltigen Aufgaben, die in der Zukunft des deutschen Volkes harren, wird es jedoch nicht genügen, daß seine Aerzte mit dem ganzen Rüstzeug zum Heilen bereits ausgebrochener Krankheitsfälle dauernd und gleich gut vertraut sind. Es wird auch nicht genügen, daß einzelne und zwar nur die beamteten Aerzte, auch den Kampf gegen ganze Krankheitskomplexe führen und in Gemeinschaft mit staatlichen und städtischen Behörden die Vorbeugung organisieren. Außer der Hygiene muß vielmehr auch die Rassenzucht im Sinne der Eugenese, die Pflege des zu erwartenden, des werdenden, des fertigen und wirkenden Staatsbürgers zu den Aufgaben des einzelnen Arztes hinzutreten. Es muß also sowohl die Ausbildung, wie der Kreis öffentlicher Pflichten, aber auch der Kreis öffentlicher Rechte des deutschen Arztes auf eine ganz andere Grundlage gestellt werden als bisher.

Um die Erweiterung der ärztlichen Pflichten und Rechte vorneweg zu nehmen, möchte ich nur andeuten, daß Schwangerschafts-, Wochen-, Säuglings- und Schulpflege in den Pflichtenkreis der Aerzte aufzunehmen sind, daß anderseits ein bestimmtes Mindesteinkommen und eine bestimmte Mindestversorgung für Alter und Arbeitsunfähigkeit seitens des Staates zu gewährleisten sind und daß dem Arztestand endlich das Recht erteilt wird, ethisch minderwertige Subjekte dauernd von sich zu stoßen. Ersteres ließe sich in Form einer bei der Aerztekammer zu errichtenden, staatlich unterstützten, Pensionskasse erreichen, letzteres ist den Rechtsanwälten bereits zuerkannt und durch entsprechende Ergänzung der bisherigen gesetzlichen Bestimmungen über ärztliche Standespflichten usw. unschwer durchführbar.

Was nun die Ausbildung für den neuen, weit über den bisherigen Krankenbehandler hinausgehenden Wirkungskreis angeht, so läßt sich ein gut Teil schon innerhalb der zweifellos zu Recht bestehenden Sonderfächer wie: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Hygiene etc. unterbringen, wenn sie nur etwas weitherziger gefaßt werden als bisher.

Ein Fach ist aber vor allen anderen berufen, sich selbst zu erweitern und die zerspezialisierten Hilfsmittel der anderen Sonderzweige wieder zu sammeln und somit dieser Verzettelung entgegenzuwirken. Es ist jenes Fach, das unter dem Titel der „Versicherungskunde“ ein viel zu engumgrenztes Feld des öffentlichen Für- und Vorsorgewesens bearbeitet.

Wie gemäß meinen Ausführungen der Zerspezialisierung in der Krankenbehandlung entgegengearbeitet werden muß, so muß auch diesem Auseinanderfallen in den hygienischen, eugenischen und charitativen Bestrebungen und Organisationen entgegengearbeitet werden. Deshalb sollte schon dem werdenden Arzt, als dem berufensten Träger und Vorkämpfer dieser Bestrebungen, im Unterricht gezeigt werden, welche Mittel und Organisationen ihm späterhin für die Bestrebungen der Erhaltung und Stärkung des Volkskörpers als Ganzes zur Verfügung stehen — nicht nur wie bisher, die staatlichen Versicherungen für die erwerbstätigen Stände! Wie viele Studenten verlassen jetzt die Hochschule ohne jede Kenntnis über den Hochstand der deutschen Tuberkulosebekämpfung, oder über die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Organisationen zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauches oder über Kurpfuschereibekämpfung, oder über die Existenz der Gesundheitskommissionen oder über Schularztwesen! Wie bald stellt ihnen dann die Praxis Aufgaben aus diesen Gebieten, über die sie sich dann erst mühsam selbst unterrichten und zurechtfinden müssen — oder auch nie zurechtfinden. Aus den letzteren entstehen dann nicht selten Aerzte, die sich ständig zurückgesetzt fühlen und unbequem für ihre Kollegen wie für die Behörden werden.

Es muß also ein neuer Aerztestand auf breiterer und freierer Grundlage erzogen werden, dem auch die Geheimnisse der öffentlichen gesundheitlichen Maßregeln und den hieran mitarbeitenden Behörden und freiwilligen Organisationen, jene Geheimnisse, mit denen sich bis jetzt vielfach nur der beamtete Arzt beschäftigt, schon im akademischen Unterricht erschlossen werden. Aus diesem Grunde muß auch jenes Fach, das — wie gesagt — sich bis jetzt auf die Versicherungskunde beschränkt, ausgebaut werden zur Staatsarzneikunde.

Diese „Staatsarzneikunde“ darf aber nicht zu innig mit der „Gerichtlichen Medizin“ verquickt werden: denn letztere ist nur ein Teil, wenn auch ein sehr wichtiger von dem, was man wortgemäß unter „Staatsarzneikunde“ verstehen müßte. Der zweite gleichwichtige Teil läßt sich etwa als „Verwaltungsmedizin“ bezeichnen; bis jetzt war es aber gebräuchlich, den

1. Teil als „Staatsarzneikunde“ zu betiteln. Man muß sich nur immer gegenwärtig halten, daß — wie auch das soziale Versicherungswesen der Verwaltung angegliedert ist — die ärztliche Gutachtertätigkeit bei den sozialen Versicherungsgerichtshöfen zum Gebiete dieser engeren Staatsarzneikunde gezogen wird, während sie streng genommen ins Gebiet der gerichtlichen Medizin gehört, die sich doch nicht allein mit strafrechtlichen Fragen zu befassen hat.[1])

Die Aufgabe der Staatsarzneikunde bezw. Verwaltungsmedizin (in Gegenüberstellung zur gerichtlichen Medizin) besteht in der Darstellung:

1. der Interessen, die der Staat im Krieg und Frieden an seinem Menschenmaterial hat,
2. der Gefahren, die diesem wertvollsten Material des Staates seitens der gesamten Umwelt drohen,
3. der vorhandenen, zu beschaffenden Mittel zur Erhaltung, Vermehrung und Verbesserung des Menschenmaterials im Kampfe gegen die Gefahren der Umwelt und der Anwendungsweise dieser Mittel,
4. im Aufsuchen neuer Wege und Mittel zu 3.

Aus dieser Aufgabe erhellt dreierlei: Einmal, daß der Student der Medizin, dem dieses Fach vorgetragen werden soll, bereits die Reife seiner Fachwissenschaft besitzen muß (also im letzten Semester oder im Praktikantenjahre steht), daß der fertige Arzt dauernd auf der Höhe dieses Wissenszweiges — also in den obenbewegten Wiederholungkursen — gehalten werden muß, sowie endlich, daß diese angewandte öffentliche Medizin — wenn auch wohl in abgekürzter Form — den zukünftigen Verwaltungsbeamten, Geistlichen, Lehrern vertraut gemacht werden muß.

Wie im praktischen Leben an der Lösung aller hier in Betracht kommenden Fragen der Mediziner allein nichts erreichen kann, so können auch die berufenen ausführenden Organe der Behörden den neuen gewaltigen Aufgaben nur gerecht werden, wenn sie schon während des vorbereitenden Studiums sich in den Gegenstand vertieft und eine gründliche Kenntnis von Ziel und Mitteln erworben haben. In dieser Vorbereitungszeit muß der Mediziner der Lehrer sein und bei der Ausführung muß er der Berater und Mitarbeiter sein.

Wird so der deutsche Arzt der Zukunft, der über alle Zweige der Krankenbehandlung wenigstens auf dem Laufenden ist, über den Krankenbehandler hinausgehoben zum öffentlichen Fürsorger der Volkskraft und Volksgesundheit und wird er

---

[1]) Es besteht bis jetzt ein Institut für Staatsarzneikunde, und zwar in Berlin, das die gerichtliche Medizin pflegt. Es wird aber leider wohl nur von beamteten Aerzten und solchen, die es werden wollen, besucht. In Marburg wurden bis zum Kriegsausbruch Vorlesungen aus dem Gebiete der Staatsarzneikunde im engeren Sinne gehalten, gemeinsam für Mediziner und Juristen.

nicht als Berater, sondern als stimmberechtigter Mitwirker hineingestellt in einen Kreis gut vorgebildeter Organe für öffentliche und private Fürsorge, so eröffnet sich ihm die herrlichste Perspektive, ein Hauptträger der Zukunft unseres Volkes zu werden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Ausserordentliche Tagung des Deutschen Kongresses für innere Medizin in Warschau am 1. und 2. Mai 1916.

Berichterstatter: Kreisarzt Dr. **Rehberg**, z. Zt. in Warschau.

Erste Sitzung am 1. Mai d. J., vormittags.

Nach den Begrüßungsansprachen Sr. Exzellenz des General-Gouverneurs von Warschau, Gen. d. Inf. v. Beseler, und Sr. Exzellenz des Generalstabsarztes der Armee, Chef des Feld-Sanitätswesens Prof. Dr. v. Schjerning (vgl. Nr. 11 dieser Zeitschrift vom 5. Juni 1916) begrüßte der Vorsitzende, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His-Berlin die erschienenen Vertreter des Sanitätswesens der verbündeten Armeen und eröffnete dann die Beratung.

I. Schutz des Heeres gegen Cholera. Berichterstatter: Oberstabsarzt Prof. Dr. **Hoffmann** (Berlin):

Im Jahre 1904 trat die Cholera in Rußland am Schwarzen Meer in stärkerer Ausdehnung auf und verbreitete sich von hier besonders über Baku nach der unteren Wolga hin. Seitdem ist sie in Rußland nie mehr völlig erloschen und bedrohte wiederholt die deutschen Grenzen. Kurz vor Ausbruch des Krieges herrschte sie namentlich in den an Oesterreich grenzenden Gouvernements Wolhynien und Podolien; aber auch auf dem Balkan, in Konstantinopel und Adrianopel, waren Fälle vorgekommen. Während der ersten Kriegsmonate breitete sich die Seuche schnell aus; im August 1914 trat sie in Warschau auf und im September 1914 zählte das serbische Heer bereits 12000 Cholerafälle. Auch in Oesterreich kam es schon im ersten Kriegsjahr infolge von Einschleppung, in Galizien durch russische Truppen, in vielen anderen Kronländern durch russische Gefangene zu sehr zahlreichen Erkrankungen auch unter der einheimischen Bevölkerung.

Anders in Deutschland. Nach den günstigen Erfahrungen, die während des Balkankrieges namentlich Griechenland mit der Schutzimpfung gemacht hatte (die Krankenziffer hatte trotz drohender Seuchengefahr in der griechischen Armee nur 1,9 % betragen), war bei den meisten deutschen Truppenteilen des Ostheeres die Cholera-Schutzimpfung bereits im Oktober 1914 durchgeführt und beendet, als im November 1914 hier die ersten Fälle auftraten. Diesem Umstande ist es in erster Linie zu verdanken, daß bei den Truppen, die im nächsten Sommer in stark choleraverseuchten Gebieten vorrückten, die Gesamtmorbidität unter 0,52 % blieb und die Mortalität anstatt 50 % wie früher nur 10—20 %, bei vorschriftsmäßiger Impfung 10,2 % betrug. Ebenso günstig wirkte die Durchimpfung in den verseuchten Ortschaften Galiziens, Russisch-Polens und Wolhyniens, wo sie von besonderen Truppenärzten durchgeführt wurde. Aber auch unter der Zivilbevölkerung Deutschlands traten nur 78 Fälle auf, während im Kriege 1866 allein über 100000 Menschen an der vom Heere eingeschleppten Cholera starben. Der Impfschutz hält etwa 3/4 Jahr an, die Impfungen wurden nach etwa 6 Monaten wiederholt; die nach den neueren Verfahren hergestellten Impfstoffe verursachten auch bei der Wiederholung keine Reaktion. Neben der Schutzimpfung wurden allgemeine Vorbeugungsmaßnahmen, namentlich hinsichtlich der Trinkwasserversorgung, der Beseitigung der Entleerungen, der Fliegenbekämpfung strenge durchgeführt. Um die Einschleppung ins Heimatgebiet zu verhüten, wurden ferner alle von der Front kommenden Kranken, Deutsche wie Russen, einer Desinfektion und Quarantäne unterworfen. Von diesen gingen weitere Ansteckungen nicht aus, sondern die wenigen Fälle unter der Zivilbevölkerung Deutschlands sind auf dem Wasserwege eingeschleppt worden. Eine besondere Beachtung verdienen gesunde Bazillenträger, von denen unter 600 gesunden Insassen eines Kriegsgefangenenlagers 5 gefunden wurden.

Aussprache.

Schemensky (Frankfurt a. M.) betont die günstigen Erfolge der Bettbehandlung gegenüber der Lagerung auf der Erde.

Marcovici (Prag) machte gute Erfahrungen mit Darreichung von Alphen (Salol-Knoblauch).

Adler (Prag) empfiehlt Magenwaschungen mit Tierkohleaufschwemmungen.

Nach Paltauf (Wien) schwanken die Angaben über die Sterblichkeitsziffer bei Cholera erheblich, namentlich deshalb, weil entweder nur die klinisch sicheren Fälle oder auch alle abortiv verlaufenden Erkrankungen der Berechnung zugrunde gelegt werden.

Ungermann (Gr. Lichterfelde) konnte Meerschweinchen durch Impfstoffverfütterung so immunisieren, daß sie noch 3 Wochen nach der letzten Impfstoffgabe gegen peritoneale Infektion geschützt waren; er glaubt, daß vielleicht auch beim Menschen auf diesem bequemeren Wege sich ein Impfschutz erzielen lassen wird. Die Höhe der Bakteriolysine wird beim Menschen etwa 3 Monate nach stattgehabter Impfung erreicht; jedoch scheint die Sensibilisierung vielfach an eine sichtbare Bakterizidie des Blutes nicht gebunden zu sein: es erwiesen sich z. B. Meerschweinchen nach der Impfung gegen tödliche Bakteriendosen auch dann geschützt, wenn Bakteriolysine im Blut nicht gefunden wurden.

Kaup (München), Medizinal-Referent der k. und k. österr.-ung. Armee, berichtet über die sehr günstigen Erfahrungen, die in der österr.-ungarischen Armee mit der Choleraimpfung gemacht worden sind. Die Morbidität betrug bei durchgeimpften Truppen im choleradurchseuchten Operationsgebiet nur 1—5 % bei einer Mortalität von 0—20 %, während diese bei Ungeimpften 40—60 % erreichte. Nach K. hält der Impfschutz nur 3—4 Monnte vor; die Impfung ist also bereits nach 3 Monaten zu wiederholen. Es genügt jedoch dann die einmalige Injektion von 2 ccm Impfstoff.

II. Herzkrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Prof. Dr. **Wenkebach** (Wien):

Sehr häufig sind im Felde Fälle von reiner Hypertrophie des linken Ventrikels, die auf körperliche Ueberanstrengungen zurückzuführen sind. Endocarditis ist selten. Arteriosklerose, namentlich der Aorta, wurde oft gefunden; ihre Häufigkeit erklärt sich aus den Kriegsstrapazen, dann aber durch den im Felde oft übermäßig gesteigerten Kaffee- und Tabakgenuß. Erhebliche Herzerweiterungen fanden sich besonders nach Infektionskrankheiten, vor allem nach Typhus. Klappenfehler ertrugen die Anforderungen des Felddienstes oft auffallend gut, teilweise verschlechterten sie sich aber auch. Ein großer Teil der von der Front Zurückkehrenden klagte über zweifelhafte Herzbeschwerden, denen eine wirkliche Erkrankung aber nicht zugrunde lag; es handelte sich um Leute, die nach unzweckmäßiger sitzender Lebensweise im Frieden, infolge von Nervosität, schwächlichem Körperbau oder ungeeigneter Herzanlage (sog. Pendelherz: ungünstige Lagerung bei Tiefstand des Zwergfells) den Strapazen des Felddienstes nicht gewachsen waren und sich allmählich erst daran gewöhnen mußten. Um den unnötigen Abschub brauchbarer Leute nach der Heimat zu verhindern, ist die Errichtung von besonderen Herzstationen im Etappengebiet erforderlich. Im allgemeinen unterscheiden sich Entstehung, Verlauf und Behandlung der Herzkrankheiten im Felde nicht von dem, was in Friedenszeiten darüber bekannt ist.

Aussprache.

v. Romberg (München) weist auf die nachteiligen Folgen hin, die die Diagnose eines Herzleidens für den Untersuchten oft insofern hat, als er dann dauernd den Begriff eines unheilbaren Leidens damit verbindet. Er betont, daß sehr weitgehende Ueberanstrengungen zwar eine hochgradige Herzerweiterung zur Folge haben können, daß sie zu dauernden Herzstörungen aber nur dann führen, wenn sie ein organisch oder funktionell nicht mehr gesundes Herz treffen. Die Diagnose ist schwierig, weil die physikalischen Untersuchungsmethoden oft nicht ausreichen und auch die Röntgenuntersuchung keine zu Vergleichen verwertbaren absoluten Maße ergibt.

Hoffmann (Düsseldorf) betont die Schwierigkeit der Diagnose besonders bei den funktionellen Herzerkrankungen; selbst die Tachykardie ist kein sicheres Symptom derselben, da sie auch bei Störungen, die nicht vom Herzen ausgehen, gefunden wird. Vier Fünftel der Fälle von funktionellen Störungen hält H. für heilbar; auch er erörtert die Nachteile, die die fälschlich gestellte Diagnose eines Herzfehlers für den Verlauf der Heilung hat.

Meyer (Straßburg i. E.) fand namentlich im Beginn des Krieges bei hochgradig Erschöpften oft Pulsverlangsamungen von 30—40 Schlägen mit niedrigen Blutdruckwerten. Sehr selten war krankhafte Herzvergrößerung. Die Angaben darüber lauten je nach den verschiedenen Untersuchungsmethoden so verschieden, weil einheitliche Maße für die Bezeichnung der Herzgröße noch nicht aufgestellt werden können.

Gerhardt (Würzburg): Neben den physikalischen Untersuchungsmethoden darf die Funktionsprüfung des Herzens sowie die Untersuchung des ganzen Körpers im Ruhezustand und nach anschließender Uebung nicht vernachlässigt werden. Er unterstreicht die nachteiligen Folgen einer übereilten Diagnose und weist auf die Beziehungen vieler Herzbeschwerden zur Hyperthyreoidie hin.

R. Kaufmann (Wien) stellte vergleichende Untersuchungen an bei 1000 Soldaten, die noch nicht im Felde waren, und 850, die schon von dort zurück kamen. Das Röntgenbild ergab in der niedrigsten Altersklasse eine Herzdiagonale von über 12 cm unter den ersten bei 37 %, unter den letzteren bei 57 %. Ueber 13 cm Herzdiagonale fand sich bei 8 % der einrückenden und 21 % der zurückkehrenden Mannschaften. Die weitere Beobachtung dieser Herzvergrößerungen, die mehr auf Infektionskrankheiten (Typhus und Ruhr) als auf körperliche Anstrengungen zurückzuführen waren, ergab, daß sie bei geeigneter Behandlung in wenigen Wochen ganz oder teilweise zurückgingen.

Dietlen (Straßburg i. Els.) will die im Felde auftretenden Herzvergrößerungen z. T. als eine Art Herzerstarkung infolge dauernder Uebung auffassen; auch bei Soldaten des 2. Dienstjahres haben schon im Frieden die Untersuchungen etwas größere Herzmaße ergeben, als der Norm entsprechen.

Steyrer (Insbruck): Die in Tirol so häufigen Kröpfe haben bei Kriegsteilnehmern selten zu Kreislaufstörungen geführt. Er sieht als eine sehr häufige Ursache derselben im Felde den übermäßigen und z. T. ungewohnten Tabakgenuß an. Bei allen funktionellen Herzstörungen spielt der Wille, gesund zu werden, für den Erfolg der Behandlung eine ausschlaggebende Rolle.

Zondek (Berlin) fand in Gemeinschaft mit Kaminer nach Lungenschüssen häufig Atemnot, Herzklopfen und Stiche in der Herzgegend, Beschwerden, die auf Verwachsungen des Herzbeutels mit dem Zwerchfell zurückzuführen waren.

Lenhoff (Berlin) hat bei funktionellen Herzstörungen günstige Erfolge mit der Behandlung in Lazaretten dicht hinter der Front gehabt und empfiehlt diese allgemein, weil dadurch Aufregungen durch die häuslichen Verhältnisse in der Heimat ausgeschaltet werden.

Goldscheider (Berlin) befürwortet gleichfalls die Behandlung in den Etappen-Lazaretten und rät, den Untersuchten die Diagnose nie mitzuteilen. Er schreibt der nervösen Disposition bei der Entstehung der mit Tachykardie verbundenen Herzstörungen eine wesentliche Rolle zu.

Schütze (Bad Kösen) berichtet über seine Erfahrungen bei der Behandlung herzkranker Kriegsteilnehmer.

Lichtwitz (Göttingen) hat auf seiner Herzkranken-Abteilung unter Leitung von Offizieren und Akademikern Uebungskurse eingeführt, die mit den Leichtkranken Märsche, Turnspiele und Schwimmübungen unternehmen und auch eine geeignete psychische Behandlung bei ihnen durchführen.

Schulzen (Berlin), Gen.-Arzt, Chef der Med.-Abt. des Kriegsministeriums: Ein für die spätere Versorgung Herzkranker wichtiges Ergebnis hatten Untersuchungen der beratenden inneren Mediziner in den Heimatlazaretten, die dort bis 25 % der angeblich Herzkranken als dienstfähig bezeichnen konnten. Von der Errichtung besonderer, nur für Herzkranke bestimmter Lazarette ist abgesehen worden, um nicht in dem nach dort überwiesenen Kranken von vornherein die Meinung aufkommen zu lassen, daß er an einem Herzfehler leide.

Zweite Sitzung am 1. Mai d. J. nachmittags.

III. Fleckfieber.

a. Generaloberst Prof. Dr. **Brauer** (Hamburg), erster Berichterstatter: Das Fleckfieber ist eine epidemisch und endemisch auftretende Infektionskrankheit mit scharf umschriebenem, selbständigem Krankheitsbild. Nach einer Inkubation von 10—12tägiger, selten 3wöchiger Dauer folgt meist ohne Prodromalerscheinungen, in der Hälfte der Fälle mit Schüttelfrost ein influenzaartiges Krankheitsstadium, dem sich der eigentliche Status typhosus mit einem sehr charakteristischen Exanthem und besonders schwerer Einwirkung auf Herz und Nervensystem anschließt. Während selten ganz leichte Erkrankungen mit nur 1—3tägiger Fieberdauer ablaufen können, kommt es gewöhnlich durch Schädigung des Herzmuskels zu Bradykardie und Arythmie besonders in der Rekonvaleszenz; die Nervenstörungen bestehen in Schlaflosigkeit, geistiger Stumpfheit oder feinschlägigem Schüttelkrampf, ähnlich den Zitterzuständen bei multipler Sklerose und Paralysis agitans. Das Blutbild zeigt keine typischen Veränderungen. Dem Exanthem liegt als anatomischer Prozeß zugrunde, die von Fraenkel an den Kapillaren gefundene Periarteriitis nodosa, bestehend in knötchenförmiger umschriebener Wucherung der Bindegewebselemente. Durch Stenosierung oder Thrombenbildung in den Gefäßen führen diese oft gehäuft sitzenden Knötchen zu Blutungen in den Roseolen (Petechien bei schwerem Verlauf) und zu Zirkulationsstörungen; auf diese Weise bedingen sie auch eine der häufigsten Nachkrankheiten des Fleckfiebers, die besonders an den Füßen auftretende Gangrän. Nach Ablassen des Exanthems kommt es zu einer kleienförmigen Schuppung der Haut, die besonders aln sog. Radiergummi-Phänomen in auffälliger Weise in Erscheinung tritt. Mischinfektionen mit Typhus, Rekurrens und Influenza kommen vor.

Die Uebertragung erfolgt allein durch die Kleiderläuse. Die Epidemien treten meist sehr schnell, explosionsartig auf. In Serbien war die Durchseuchung bereits abgeklungen; als die verbündeten Truppen einrückten, bestand nur noch eine milde Epidemie in den abgelegenen Gebirgsdörfern und Tälern, namentlich unter den Kindern. Von dort fanden nur vereinzelt Einschleppungen in die Armeen teils durch Heeresangehörige, teils durch Pelzwerk statt.

b. Oberstabsarzt Prof. Dr. **Jürgens** (Berlin), zweiter Berichterstatter: Während früher das Fleckfieber furchtbare Opfer unerbittlich forderte, beherrschen wir heute diese unheimliche Seuche; auf Grund der Erkenntnis, daß allein durch die Laus die Uebertragung des Fleckfiebers vermittelt wird und eine solche unmittelbar von Mensch zu Mensch nicht stattfindet. Die Entwicklung des Erregers und dieser selbst ist uns noch unbekannt; man weiß aber, daß nur der fieberhaft kranke Mensch, nicht der im Inkubationsstadium oder in der Rekonvaleszenz befindliche, die Laus infizieren kann. Wahrscheinlich muß also im menschlichen Blut nach der Infektion durch die Laus bis zum Ausbruch der Erkrankung der Erreger eine gewisse Entwicklung durchmachen; seine Weiterentwicklung kann er aber dann nur in der Laus, und zwar auch erst wieder in einigen Tagen, vollenden; denn auch die Laus wird erst einige Tage nach dem infizierenden Biß am kranken Menschen ansteckungsfähig, und verliert diese Infektiosität ebenfalls wieder in einigen Tagen. Nur von der Laus aus kann der Krankheitskeim, auf einem gewissen Reifestadium angelangt, das menschliche Blut infizieren.

Die gewöhnliche Form der Uebertragung ist der Läusebiß; fraglich ist, ob auch die Infektion von der Laus aus in anderer Weise, z. B. durch Verreiben der infektiösen Laus am menschlichen Körper erfolgen kann. Sicher ist, daß auch Eier von Läusen, deren Infektion von den Muttertieren aus erfolgt ist, die Ansteckung vermitteln können. Jeder Infektionsweg aber führt nur über die Laus; Fleckfieber gibt es nur da, wo es Fleckfieberläuse gibt. Fleckfieberkranke und Gesunde, läusefrei in einer Baracke untergebracht, setzten keine Infektionen untereinander, während draußen die Epidemie weiter wütete. Auch die Häufung der Epidemien im Winter und Vorfrühling hängt mit den Lebensbedingungen der Läuse zusammen.

Das Krankheitsbild ist sehr eintönig. Der Ausschlag fehlt sehr selten, Fieber nie. Einmaliges Ueberstehen der Krankheit hinterläßt einen sehr

sicheren Impfschutz. Das Fleckfieber befällt den Menschen ohne Rücksicht auf das Alter in gleicher Weise. Die Bösartigkeit der einzelnen Epidemien weist jedoch große Schwankungen auf, die nicht auf verschiedene Giftigkeit der Erreger, sondern auf besondere äußere Verhältnisse, z. B. in Serbien auf Entkräftung der Bevölkerung, in einem anderen Falle auf Komplikation durch eine Diphtherie-Epidemie zurückzuführen ist.

c. Der dritte Berichterstatter, Prof. Dr. Hase (Jena), berichtet über die **Biologie der Kleiderlaus:** Die Laus lebt von warmem, strömendem Blut. Der Saugakt dauert oft stundenlang; während dieser Zeit sind die Tiere gegen Abschneiden der Fühler und Beine unempfindlich. Ist die Laus hungrig, so sucht sie den Menschen; da sie, namentlich im Jugendzustande, sehr beweglich ist, vermag sie verhältnismäßig weite Entfernungen zurückzulegen. Vor Gegenständen, die sich ihr dabei in den Weg stellen, macht sie nicht Umwege, sondern klettert an ihnen hoch. Diese Eigentümlichkeiten in ihrer Lebensweise sowie ihre außerordentliche Vermehrungsfähigkeit sind ihrer Uebertragung auf den Menschen sehr förderlich.

Zur Vertilgung der Läuse und ihrer Eier ist Hitze am wirksamsten. Kälte ertragen sie bis zu -6^{0} 3 bis 4 Tage lang. In 5proz. Formol werden Nissen selbst in 24 Stunden nicht abgetötet. Um Läuse sicher zu vernichten, müssen heiße Formalindämpfe mindestens 1 Stunde lang einwirken; ebenso lange ist die Einwirkung von 3—5proz. Kresolseifenlösung erforderlich. Ihre Stiche werden nicht immer gespürt, besonders tritt bei längerem Behaftetsein mit Läusen eine weitgehende Gewöhnung an Läusebisse ein. Als höchste Zahl wurden bei einem gefangenen Russen 3800 Läuse bei einer Reinigung abgelesen.

Aussprache.

Munk (Berlin) verneint das Vorkommen sog. abortiver Formen von Fleckfieber. Bei einem sehr großen Material fand er immer eine Fieberperiode von annähernd gleicher Dauer, selbst bei Kindern, wenn auch das Fieber selbst niedrig und der Krankheitsverlauf dementsprechend ein leichter war. Die von Fränkel beschriebenen periarteriitischen Wandveränderungen der Gefäße finden sich in allen Organen; sie bedingen lokale Zirkulationsstörungen, während die allgemeine Blutdrucksenkung zu der charakteristischen Zyanose führt. Krampfzustände in den Muskeln führen zuweilen zu eigenartigen Sprachstörungen, Trismus und Kontrakturen anderer Muskelgruppen.

Töpfer fand unabhängig von Rocha-Lima in Läusen, die er durch tagelanges Saugenlassen an Kranken unter einem festgeklebten Uhrschälchen infizirt hatte, vom 4. Tage ab vereinzelt, vom 7.—8. Tage ab fast allgemein bakterienähnliche Körperchen, die in mehr als 500 gesunden Läusen niemals vorhanden waren. Mit solchen infizierten Läusen konnte bei Meerschweinchen eine fieberhafte Infektion hervorgerufen werden, wie sie sonst nach Verimpfung von Fleckfieberkrankenblut eintritt.

Rocha (Lima) berichtet über seine Versuche und die in der Deutschen Pathologischen Gesellschaft bereits vorgetragenen Ergebnisse; sie hatten zur Entdeckung von bestimmten Mikroorganismen in infizierten Läusen geführt, die mit der Fleckfieberätiologie in engster Beziehung stehen.

Stempel (Münster) konnte nach guter Konservierung in nach Giemsa gefärbten Serienschnitten braun gefärbte, spindelförmige 2 μ große Gebilde, die kernähnliche Einschlüsse zeigten, in dem Darminhalt einiger Fleckfieberläuse und intrazellulär in Vakuolen von Fleckfieberleukozythen nachweisen. Er hält sie für Protozoen und nicht für Zerfallsprodukte von Blutkörperchen.

Matthes (Königsberg) berichtet über therapeutische Versuche mit Optochin und Rekonvaleszentenserum; sie hatten beide ein negatives Ergebnis.

Nordt (Bialystok) warnt gleichfalls vor Optochin, hat jedoch von Urotropin in großen Dosen und Rekonvaleszentenserum (60—80 ccm intravenöse) günstige Erfolge gesehen, ebenso wie

Rösler (Troppau), der 5—10 ccm des auf der Fieberhöhe entnommenen Serums demselben Kranken täglich intravenös injiziert.

Bezüglich der Diagnose berichten über günstige Erfahrungen mit der Weil-Felixschen Reaktion Elias (Wien) und Besserer (München); nach Paneth erreichte sie ebenso wie die Gruber-Widalsche Reaktion

ihren Höhepunkt 10—12 Tage nach Beginn der Erkrankung während der Entfieberung, die Plotz-Olitzky-Baehrsche Reaktion dagegen erst in der dritten Woche nach der Entfieberung.

Meinicke (Worms) spricht über das Verhalten der Gruber-Widalschen Reaktion bei Fleckfieber.

Rostoski (Dresden) fand besonders wertvoll für die Diagnose die Blutstauung nach Dietsch, namentlich auch bei abgelaufenen Fällen, da Pigmentflecken unter der Staubinde wieder ihre bläuliche Farbe annehmen. Er beobachtete ferner Par- und Anaesthesien an den Händen noch monatelang nach Ueberstehen der Krankheit.

Luksch (Prag) empfahl bereits vor 10 Jahren die Leukozytenzählung zur Sicherung der Differentialdiagnose gegen Typhus.

Kyrle (Wien) und Morawitz (Wien) haben eine diagnostische Methode auf Grund der Fränkelschen Befunde an den Kapillaren ausgearbeitet: Die Roseola wird unter Anheben einer leichten Hautfalte mittels eines Scherenschlages exzidiert; binnen 48 Stunden werden Schnitte hergestellt, die die herdförmigen Wandläsionen der Kapillaren und Präkapillaren der Haut mit perivaskulären Anhäufungen von großen, plasmareichen Zellen mit großem, meist rundem Kern und halbmondförmigen, wandständigen hyalinen Thromben zeigen.

v. Jaksch (Prag) hebt besonders die Fälle mit Zirkulationsstörungen an der Nase und die ohne Exanthem hervor.

Grober (Jena) fand am 2.—3. Tage nach dem plötzlichen Fieberanstieg oft ein mehrtägiges Sinken der Temperatur und vom 10. Tage ab Atempausen, während deren im Urin Zucker auftrat; G. schließt bei diesen Fällen auf lokale Veränderungen am Boden des IV. Ventrikels.

Zülzer (Berlin) beobachtete auch bei anscheinend Gesunden in der nächsten Umgebung Fleckfieberkranker eine Vergrößerung von Milz und Leber, bei denen später, ohne daß sie manifest erkrankten, ein Exanthem ohne Fieber auftrat. In Läusen, die von diesen Kranken stammten, wurden abnorme Einschlüsse gefunden. Unter Chinin verkleinerten sich Milz- und Leberschwellung, auch trat das Exanthem schneller in Erscheinung. Vielleicht handelt es sich hier um Zwischenträger, die die Krankheit weiter verbreiten.

Schittenhelm (Kiel) fand das Blutbild bei Fleckfieber in folgender Weise verändert: Normale oder erhöhte Gesamtzahl der Leukozyten; Eosinophile sind anfangs vermindert, dann vermehrt. Die Zahl der Polymorphkernigen steigt anfangs und sinkt dann langsam, während zugleich die Zahl der Lymphozyten in die Höhe geht. Epidemien umfassen in der Zivilbevölkerung bis zu 50 % Kranke im Alter von 12—20 Jahren.

Helly (Würzburg) hält das sog. Bosnische Fieber, das nur bei Männern vorkommt und mit hochgradiger Bronchitis bezw. Bronchopneumonie einhergeht, nicht für identisch mit Fleckfieber.

Paltauf (Wien) spricht über Mischinfektionen; Detre (Pest) über Uebertragungsweise des Fleckfiebers und Bekämpfungsmaßnahmen in Ungarn.

Knack (Hamburg) zeigt einen Schutzmantel für Aerzte, der so geschlossen wird, daß auf ihm nach dem Körper zu kriechende Läuse stets auf einem Filzstreifen festgehalten und getötet werden.

(Schluß folgt.)

Bericht über die am 3. und 4. Juli d. J. in Berlin abgehaltene ausserordentliche Tagung für praktische Durchführung von Massenspeisungen.

Die von der Zentralstelle für Volkswohlfahrt in Gemeinschaft mit dem Zentralverein für das Wohl der arbeitenden Klassen im Reichstagssitzungssaal abgehaltenen Tagung über praktische Durchführung von Massenspeisungen war außerordentlich stark besucht; fast alle Reichsämter sowie die Staatsregierungen der einzelnen Bundesstaaten hatten Vertreter entsandt. Den Vorsitz führte der Staatsminister a. D. v. Möller, als Vorsitzender der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, die am Schluß der Tagung

mit der Bekanntgabe der Verhandlungen und der weiteren Verbreitung von Erfahrungen beauftragt wurde. Diesem Auftrage entsprechend hat sie die Drucklegung der Verhandlungen in anerkennenswerter Weise sehr beschleunigt, so daß dieser Bericht [1]) den nachstehenden Ausführungen zugrunde gelegt werden konnte.

Erster Sitzungstag, Montag den 3. Juli.

1. Das Problem der Massenspeisungen. Berichterstatter Stadtrat a. D. Dr. **Luther**, Geschäftsführer des Deutschen und Preußischen Städtetages in Berlin: Man unterscheidet drei Arten von Massenspeisungen: die des Großverbrauchers (Krankenanstalten, Kasernen usw.), die privatwirtschaftliche (Volksküchen, Mittelstandsküchen usw.) und die gemeinwirtschaftliche. Von diesen drei Arten kommt hier hauptsächlich die gemeinwirtschaftliche in Betracht; sie bildet ebenso wie unsere jetzige ganze Nahrungsmittelversorgung durch Brot-, Fleisch-, Butter- usw. Karten eine Gemeinwirtschaft, die den Charakter des Staatssozialismus trägt und bei der es nicht so sehr auf den Geldwert, sondern auf die Vorratswirtschaft ankommt. Den Calwerschen Gedanken, sämtliche Klassen der Bevölkerung durch Massenspeisung (nach drei verschiedenen Klassen) zu ernähren, hält Redner für unrichtig, ebenso wie die Annahme, daß sich in Zusammenhang mit der Massenspeisung die Erzeugung von Nahrungsmitteln steigern würde. Massenspeisungen können nach seiner Richtung nur Hilfseinrichtungen sein, die neben der sonstigen Art der Volksernährung eintreten und durch die eine bessere Ausnutzung der Nahrungsmittel, also eine Einschränkung ihres Verbrauchs erreicht wird. Eine solche wird aber nur dann bei den Massenspeisungen erzielt werden, wenn für die Teilnehmer eine Anrechnung der Nahrungsmittelkarte erfolgt, damit sie den Nichtteilnehmern die Nahrungsmittel nicht wegkaufen können; wenn ferner möglichst einfach und sparsam (Verwendung von Abfällen) gekocht wird (Eintopfgericht), und endlich auch die Gewähr besteht, daß alle in der Massenspeisung fertiggestellten Speisemengen auch wirklich abgesetzt werden. Jedenfalls paßt sich die Massenspeisung als Hilfsmaßregel durchaus unserem jetzigen Nahrungsmittelsystem an; seine Wirkung im Sinne der Vorratsstreckung und Nahrungsmittelersparnis ist aber nicht so groß, wie von vielen Seiten angenommen wird. Dagegen hat sie den Vorzug, daß sie den unteren und mittleren Volksschichten den Bedarf ihrer augenblicklich sehr schwer und nur mit sehr gesteigerten Kosten zu beschaffenden Nahrung wesentlich erleichtert, ein Vorzug, der die durch die Massenspeisung drohenden Gefahr einer Auflösung des Familienlebens mehr als aufwiegt, besonders dann, wenn sie sich in den naturgegebenen Grenzen hält und nicht über das natürliche Maß in der Ausgestaltung hinausgeht. Sie muß eben eine sozial- und kriegspolitische Hilfsmaßregel bleiben und demzufolge auch nicht nach dem allgemeinen Schema, sondern nach den örtlichen Bedürfnissen aufgebaut werden. Ihre Einrichtungen müssen so beschaffen sein, daß sie eine beruhigende Wirkung auf die Bevölkerung ausüben; sie dürfen also niemals versagen; gerade deshalb müssen sie tunlichst schlicht gehalten werden, weil immer mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß die Massenspeisung nicht annähernd in dem Umfange benutzt wird, als man ursprünglich erwartet hat. Eine Volksküche in der Friedenszeit ist nicht zu vergleichen mit einer Massenspeisung in Kriegszeiten, durch die ein ungemein großer Teil der Bevölkerung gespeist werden soll; nach dieser Richtung hin stellt die Massenspeisung eine ganz neue Aufgabe dar, bei deren Lösung man sich am besten unter Verwertung kluger Anregungen und guter Erfahrungen den besonderen Erfordernissen des Einzelfalles so viel als möglich anpaßt.

2. Einrichtung und Rechnungsführung. Der Berichterstatter Theodor **Thomas**-Frankfurt a. M. stützt seine Ausführungen auf die reichen Erfahrungen, die die gut geleitete Wohlfahrtsgesellschaft in seinem Heimatsorte auf dem Gebiete der Massenspeisung gemacht hat. Er legt besonderen Wert auf die ehrenamtliche Bedienung in den Volksspeiseanstalten, die von einem wohltuenden Einfluß sowohl in bezug auf das

---

[1]) Der Bericht ist in Carl Heymanns Verlag in Berlin erschienen; Preis: 3 Mark.

Benehmen der Gäste, als in bezug auf die Kontrolle sei; er ist weiterhin der Ansicht, daß die Massenspeisungseinrichtungen auch im Frieden nicht so leicht verschwinden würden und daß man deshalb bei ihrer Herstellung und Organisation darauf von vornherein Bedacht nehmen müsse. Vor allem müsse man dafür sorgen, daß der Uebergang von dem Familientisch zur öffentlichen Speisung dem einzelnen möglichst leicht wird, und daß die Lebensmittel unter Ausschaltung von Provinzial- und Kommunalverbänden unmittelbar von einer staatlichen Zentralstelle bezogen werden können. Küchen und Eßsäle sind schlicht, aber freundlich einzurichten, damit sie einen ebenso wohltuenden als erzieherischen Einfluß auf die Gäste ausüben; ihre Einrichtung muß auch solid und dauerhaft sein, damit ihr wenigstens vorläufiges Weiterbestehen nach dem Kriege gesichert ist. Kochwagen sind nach Ansicht des Berichterstatters nicht empfehlenswert, sondern Bezirksküchen mit Ausnutzung von Hilfsmaschinen vorzuziehen; ihre Höchstleistung soll jedoch 2000 Portionen nicht übersteigen; die Verwendung von Kochwagen kommt nur für abgelegene Kolonien, Kinderspielplätzen, Walderholungsstätten usw. in Frage. Als Vorteile der Bezirksküche werden von Th. bezeichnet: Bessere Ausnutzung der Lebens- und Ersatzmittel, große Betriebssicherheit, geringere Unkosten, Abgabe jedes Gerichts für sich und familiäre Behandlung der Gäste in Speisesälen durch ehrenamtliche Bedienung, kein Anschein öffentlicher Wohltätigkeit. Voraussetzung ist ehrenamtliche Leitung der Küche, Zahlung der wirklichen Herstellungskosten durch Außenstehende, Ermäßigung für Kriegerfamilien, Einheitsküche, Ausgabe von Wochenabonnements, keine Beschränkung für den Bezug von Essen nach dem Grade des Einkommens; teilweise Anrechnung der Lebensmittelscheine. Besonderer Wert ist außerdem auf die Errichtung geeigneter Abteilungen für unterernährte Kinder zu legen. Die Art der Einrichtung darf nicht den kaufmännischen, sondern den hygienischen Standpunkt vertreten; der Arzt, die erfahrene Köchin und der erfahrene Kaufmann müsse an der Spitze jeder Organisation für Massenspeisung stehen, dann bietet diese die beste Gewähr, daß in dem Betrieb alles am Schnürchen geht.

3. Ueber **Wirtschaftsführung bei Massenspeisung** berichtet Frau Baronin **Horn**-München auf Grund ihrer bei den Volkskreisen in München gemachten Erfahrungen. Auch bei Massenbetrieb ist die Gefahr des Vergeudens vorhanden und deshalb eine rationelle Wirtschaftsführung in bezug auf Einkauf, Berechnung der Kosten für die einzelnen Gerichte und sparsamer Verbrauch der Nahrungsmittel durch ihre möglichst vollständige Ausnutzung erforderlich. Die Kost muß schmackhaft, nahrhaft und preiswert sein; sie darf auch einer gewissen Abwechselung nicht ermangeln. Sie soll nicht nur eine augenblickliche Sättigung vermitteln, sondern als Hauptmahlzeit zugleich einen Teil derjenigen Nährwerte erhalten, die erforderlich sind, um einer Unterernährung möglichst vorzubeugen. In München werden 3/4—1 Liter verabreicht, die im Durchschnitt 40 g Eiweis und 10—12 g Fett = 300 Kalorien sowie 700 Kalorien an Kohlenhydraten (Kartoffeln, Hülsenfrüchten usw.), also zusammen 1000 Kalorien enthalten; der sonstige Nahrungsbedarf muß durch Brot und die übrigen Mahlzeiten gedeckt werden. Die von der jeweiligen Marktlage abhängige Kostordnung hat den Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung Rechnung zu tragen und ist am besten für sämtliche Abgabestellen einheitlich zu gestalten. Seefische, Polenta und zusammengekochte Gerichte werden z. B. in den Münchener Volksküchen mit geradezu unparlamentarischen Ausdrücken belegt; hier werden der süddeutschen Sitte gemäß Suppe und ein Gericht verabfolgt, während in Norddeutschland das Eintopfgericht bevorzugt wird. Da aber die gesonderte Verabreichung von zwei Gerichten selbstverständlich viel kostspieliger ist, muß sowohl im Hinblick auf die Vereinfachung in der Zubereitung und die bessere Ausnutzung des Rohmaterials, als in bezug auf die raschere Erledigung der Abgabe das Eintopfgericht als die zweckmäßigste Art der Beköstigung erachtet werden. Unerläßlich ist die Zentralisierung des Einkaufs und die Verteilung des Rohmaterials an die einzelnen Küchen; der Zentralstelle muß auch die Einstellung des erforderlichen Personals obliegen, ebenso wie für die Wirtschaftsführung sämtlicher Küchen eine Oberleitung erforderlich ist. Die Zentralleitung kann ehrenamtlich sein, für die Küchen ist im allgemeinen die Anstellung bezahlter Kräfte vorzuziehen, da nur solche ihre ganze Kraft einsetzen und alle Arbeiten verrichten werden.

In der sich anschließenden, gemeinsam über alle drei Vorträge stattfindenden

Aussprache

berichtet zunächst Stadtrat **Doflein**-Berlin über die Massenspeisungen in Berlin. Küchen für weniger als 15—20000 Personen haben sich hier nicht als praktisch erwiesen; es werden hier solche bis zu 40000 Portionen vorgesehen, jedoch mit verschiedenen Ausgabestellen für 3000—4000 Personen. Es wird außerdem hauptsächlich auf das Abholen des Essens gerechnet, um den Grundsatz der Familienspeisung mit der Massenversorgung nach Möglichkeit zu vereinigen. Auf die ehrenamtliche Mitarbeit der Frauen und Mädchen legt Redner besonderen Wert; sie hat sich in Berlin so außerordentlich bewährt, daß er sie nicht missen möchte.

Prof. Dr. **Franke**-Berlin betont die Notwendigkeit der praktischen und theoretischen Ausbildung der Leiterinnen für Massenspeisungen; mit Hilfe der Hamburger Kriegshilfe sei ein derartiger dreimonatiger Kursus eingerichtet, zu der allerdings nur solche Frauen und junge Mädchen aufgefordert und zugelassen werden, die bereits praktische Erfahrungen in Küche und Haushalt gesammelt haben. Der Wert und die große Bedeutung der ehrenamtlichen Mitwirkung von Frauen usw. wird auch von diesem Redner besonders hervorgehoben.

Dr. **Polligkeit**-Frankfurt a. M. lehnt ebenso wie Stadtrat Luther die von Calver für alle Städte über 5000 Einwohner geforderte obligatorische Massenspeisung als undurchführbar ab. Die Massenspeisung gestaltet sich überhaupt in den einzelnen Orten sehr verschieden, in Hamburg macht z. B. 1/6 der Bevölkerung davon Gebrauch, in Frankfurt a. M. dagegen nur 1/20; sie kann deshalb nur als ein Teil der Lebensmittelversorgung angesehen werden, für die aber in gleicher Weise wie bei der sonstigen Ernährung die Frage der Sicherung der Lebensmittel den Hauptschwerpunkt bildet. In Uebereinstimmung mit dem Berichterstatter Thomas fordert daher auch Polligkeit, daß von öffentlicher Stelle aus die Bereitstellung der hauptsächlich für die Massenspeisung in Betracht kommenden Lebensmittel sichergestellt wird. Außerdem müsse für ausreichende Speisung der Kinder gesorgt werden, da bei ihnen die Gefahr der Unterernährung am größten ist.

Stadtschulrat August **Müller**-Nürnberg: In Fürth bildet die Massenspeisung (9000 Personen täglich) einen Teil der allgemeinen Fürsorge für Kriegerfamilien, Familien der Arbeitslosen, Armen usw. Das Essen wird aus den Volksküchen abgeholt; es war leider in der ersten Zeit zu wenig abwechselungsreich und zu flüssig, ein Mißstand, der jetzt gehoben ist unter gleichzeitiger Berücksichtigung der heimischen Gewohnheit und Geschmacksrichtung. Die Speisemenge beträgt nur 5/8 Liter, der Preis dafür 20 Pfg. Kranke erhalten auf ärztliche Bescheinigung Anweisung auf Naturalien: Reis, Zucker, Milch, Brot usw.

Oberbürgermeister **Cuno**-Hagen i. W. berichtet über die Massenspeisung in Hagen i. W., wo die neueingerichteten Kriegsküchen ebenfalls einen Bestandteil der allgemeinen Kriegsfürsorge bilden. Er ist ein Gegner der Masseneinnahmen von Speisen in den Küchen selbst und gibt der Abholung unbedingt den Vorzug. Für die Leitung der Küchen haben sich die hauswirtschaftlich geschulten technischen Lehrerinnen außerordentlich bewährt.

Bürgermeister **Günther**-Forst berichtet über die in dieser Mittelstadt (37000 Einwohner) mit den Massenspeisungen gemachten Erfahrungen. Es werden hier bis zu 5000 Portionen täglich ausgegeben, also fast 1/7 der Bevölkerung auf diese Weise ernährt. Die Herstellung einer Portion (ungefähr 3/4 Liter) kostet nur 12—14 Pfg., ein so billiger Preis, der nur durch die ehrenamtliche Tätigkeit aller Mitwirkenden und durch die frühzeitige reichliche Versorgung mit Lebensmitteln möglich ist.

Stadtrat Dr. **Boldt**-Dortmund: Die Zahl der Kriegsküchen ist in Dortmund allmählich auf 16 vermehrt, die jetzt täglich 20000 Personen mit Mittagessen versorgen, das abgeholt wird. Abgesehen von groben Arbeiten werden alle sonstigen Arbeiten, auch die Kartenausgabe usw., von etwa 200 Damen ehrenamtlich verrichtet; die Leitung liegt auch hier in den Händen der technischen Hauptlehrerinnen der Haushaltsschulen. Gerade diese ehrenamtliche Mit-

wirkung der Frauen ist in psychologischer wie sozialer Hinsicht nicht zu unterschätzen; sie wird von den Familien der Krieger usw. sehr dankbar anerkannt und sollte deshalb überall so weit als möglich ausgedehnt werden.

Stadtrat Dr. **Proske**-Ratibor warnt vor einer Vorwegberücksichtigung der Gemeinden mit Massenspeisungen seitens der staatlichen Zentralstelle, da sie leicht zu einer ungerechten Verteilung der Lebensmittel führen könne. — Frau **Meißner**-Berlin sieht in der von verschiedenen Rednern warm empfohlenen Bevorzugung ehrenamtlicher Kräfte eine schwere Benachteiligung für den weiblichen Arbeitsmarkt, der sich sowieso von Monat zu Monat verschlechtere.

Nach einer Mitteilung des Bürgermeisters Dr. **Frommholdt**-Stade machen dort nicht weniger als 25 % der Bevölkerung von der Massenspeisung Gebrauch. Diese starke Inanspruchnahme erklärt sich einmal daraus, daß nur ein einheitliches Essen für alle Schichten der Bevölkerung hergestellt wird, daß dieses verhältnismäßig billig ist (10 Pfg. für Bedürftige und 25 Pfg. für alle anderen) und daß sowohl für die Leitung, als für die sonstigen Arbeiten ehrenamtliche Kräfte tätig sind. Jeder Deutsche hat Recht auf ein warmes Mittagessen; dieser Anspruch kann aber nur durch die Massenspeisungsanstalt befriedigt werden; die Massenspeisung ist deshalb nach Ansicht des Redners nicht nur ein Hilfsmittel, sondern es liegt in ihr auch ein Teil der Lösung der Ernährungsfrage überhaupt. Eine Bevorzugung der Massenspeiseanstalten seitens der Reichszentralanstalten bei Verteilung der Nahrungsmittel hält er nicht für nötig; es genügt völlig, wenn die betreffende Gemeinde das Recht hat, von den ihr zugeteilten Nahrungsmitteln den für diese Anstalten erforderlichen Teil vorwegzunehmen.

Nachdem Frau **Wolf**-Frankfurt a. M. noch die Errichtung von Krankenküchen warm empfohlen hat, wird die Besprechung und damit die erste Sitzung geschlossen. Rpd.

(Schluß folgt.)

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Die Objektivierung nervöser Beschwerden im Kriege. Von Dr. Kurt Singer-Berlin. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin; XVI. Bd., 1. Heft. Würzburg 1916. Verlag von Kurt Kabitzsch. Preis: 0,85 M.

Uebertreibungen nervöser Störungen sind nach dem Verfasser etwas sehr häufiges; sie werden sowohl unter dem Drucke bestimmt gerichteter Wunschvorstellungen, als auch durch Hinausschraubung wirklich vorhandener Beschwerden über das übliche Maß hervorgerufen. Uebergänge zwischen Uebertreibung und Vortäuschung sind etwas sehr Gewöhnliches; ihre Grenzen lassen sich nicht immer genau bestimmen. Neben der Betrachtung des ganzen psychischen Ich, der ganzen Persönlichkeit mit allen ihren Wünschen und Neigungen, ihrem Vorleben und der Art ihrer Krankheitsschilderung stehen uns jedoch Methoden zur Verfügung, um die nervösen Beschwerden auch objektiv als vorhanden oder nicht vorhanden nachzuweisen. Diese Methoden beziehen sich zum Teil auf die genaue Untersuchung an dem angeblich erkrankten Organe selbst, wobei selbstverständlich durch vorherige genaueste spezialistische Untersuchung (Augenspiegel, Kehlkopf, Ohr, Röntgen usw.) das Bestehen oder Nichtbestehen sonstiger organischer Veränderungen festzustellen ist. Sensibilitäts-Untersuchung, Intelligenz-Prüfung, Romberg, Elektrizität usw. werden Vortäuschung nicht selten erkennen oder mindestens die Neigung der Betreffenden zum bewußten Uebertreiben klarstellen lassen; sie sind auch häufig therapeutisch angewandt von gutem Erfolg, namentlich wenn es gelingt, dem Kranken auf diesem Wege klar zu machen, was krank und was kopiert ist. Schreck, Angst, Erschütterung beim Anblick zerrissener oder verletzter Kameraden sind nach Verfassers Beobachtung meist der unmittelbare Anlaß der neuropsychischen Erkrankung; mitunter hatten körperliche Traumen, Wegschleudern durch den Druck von Granaten oder Verschüttung mitgewirkt. Die Art des Unfalls oder der sonstigen auslösenden Ursache gibt dem Bild oft eine ganz bestimmte Färbung

und kann ebenfalls bei der Frage der Uebertreibung mit verwertet werden. So konnten Uebertreibungen oder Falschangaben bei angeblich Herz-, Ischias-, Lumbago-Kranken, bei Gelähmten und über Kopfschmerz Klagenden vielfach bequem nachgewiesen werden. S. betont jedoch, daß die plötzliche Versagung eines Mannes in bezug auf die Nerven, der bis dahin scheinbar ganz gesund gewesen ist und auch seinen Dienst tadellos versehen hat, keineswegs immer zu dem Schluß auf Uebertreibung oder Vortäuschung berechtigen; denn viele Soldaten unterdrücken tatsächlich manche Beschwerden und verschweigen auch krankhafte Erscheinungen, um ihren Dienstpflichten nachkommen zu können. Manche Degenerierte und Schwachsinnige, die im Eifer der ersten Kriegsleidenschaft ihre Kräfte besonders anspannten und überschätzten, sind z. B. später, namentlich seit Einsetzen des Stellungskrieges kläglich mit ihren Nerven zusammengebrochen. Die Zahl der Dissimulanten ist nach Verfassers Ansicht auf diesem Gebiete mindestens ebenso groß wie die der schwer Aggravierenden. Psychologische Uebertreibungen können durch Behandlung gebessert und durch Ignorieren oft am besten geheilt werden; bewußte Uebertreibung muß aufgedeckt und ebenso wie wirkliche Vortäuschung, die übrigens sehr selten beobachtet war, bestraft werden. Rpd.

Ueber akute Nierenerkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Von Oberarzt d. R. Dr. P. Jungmann. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Das Auftreten akuter Nierenerkrankungen bei Kriegsteilnehmern erregt das besondere ärztliche Interesse wegen der großen Zahl der Nephritiden, die in den Berichten aus früheren Kriegen nirgends erwähnt sind. Man hat vor allem die Schädlichkeiten des Schützengrabenlebens, die häufigen Durchnässungen, den dauernden Aufenthalt in feuchten Unterständen und starke Abkühlungen für ihre Entstehung verantwortlich gemacht und schlechtweg von „Schützengrabennephritis“ gesprochen. Auch die Ernährung, die zur Läusebekämpfung angewandten Naphthalin- und Kresolpräparate, die Schutzimpfungen gegen Typhus und Cholera, sowie die Ruhr wurden angeschuldigt; daneben besteht immer der Gedanke, die Kriegsnephritis in Beziehung zu einer Infektionskrankheit zu setzen.

Die Beobachtungen, über die J. im einzelnen berichtet, sind in einem Kriegslazarett des Ostheeres vom August 1915 bis Januar 1916 gemacht. Sie lehren, daß es sich um eine einheitliche Erkrankung handelt; denn trotz wechselnder Schwere sind Beginn und Symptome während des Verlaufs im wesentlichen stets die gleichen. Anderseits bieten Entstehungsweise und Verlauf Besonderheiten, die bei anderen akuten hämorrhagischen Nephritiden vermißt werden. Charakteristisch sind für die Kriegsnephritis der plötzliche Beginn des Fiebers, die Milzschwellung, die anfängliche Blutdrucksenkung und die anderen Zeichen der universellen Kapillarschädigungen; sie deuten darauf hin, daß nicht die Niere allein der Sitz der Krankheit ist, sondern daß von Anfang an der ganze Körper betroffen wird. Die Auffassung, daß letzten Endes eine Infektion die Ursache der Kriegsnephritis ist, wird ferner gestützt durch ihre Verbreitungsweise (das Auftreten nach etwa 8 Kriegsmonaten zuerst allein auf dem östlichen Kriegsschauplatz, erst später im Westen) und die pathologisch-anatomischen Befunde.

Ueber die Art der Infektion ist bisher noch nichts Bestimmtes zu sagen. Die bakteriologische und mikroskopische Blutuntersuchung während der Fiebertage und bei fieberfreien Fällen ist stets ergebnislos gewesen. Solange dieser Nachweis aber nicht erbracht und durch den Tierversuch die Uebertragbarkeit der Krankheit nicht erwiesen ist, fehlt der wichtigste unter den angeführten Gründen.

Die Kriegsnephritis ist trotz Beseitigung mancher Ursachen, die für ihre Entstehung verantwortlich gemacht sind, nicht erloschen. Die Erkältung wird sich allerdings unter den Kriegsbedingungen nie ausschalten lassen; sie kann jedoch höchstens ein Hilfsfaktor sein. Erst wenn die Annahme einer infektiösen Ursache sich bestätigt, werden sichere Grundlagen zu ihrer Bekämpfung gefunden werden. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber das pathologisch-anatomische Bild der „Kriegsnephritis“. Von Stabsarzt Dr. G. Herxheimer. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 31 und 32.

Die „Kriegsnephritis“ ist eine Nieren- und besonders Glomeruluserkrankung von einfacher Glomerulus-Kapillarschädigung bis zu schwerer Glomerulo-Nephritis. Aetiologisch sind wahrscheinlich Toxine von Kokken anzuschuldigen, die wohl durch die oberen Luftwege — Bronchitis, Tracheitis, Laryngitis — aufgenommen werden. Hierbei kommt disponierenden Momenten, in erster Linie Durchnässung und Erkältung, sodann auch individuellen Verhältnissen der Nierendurchblutung, evtl. auf Grund früherer Erkrankungen, große Bedeutung zu. Dr. Roepke-Melsungen.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglingsfürsorge.

Das A B C der Mutter, herausgegeben von der Gesellschaft für Gemeinwohl in Kassel. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. L. Brauer. Würzburg 1916. Verlag von Curt Kabitzsch. Gr. 8°; 20 Seiten. Preis: 30 Pfg.

Das Schriftchen enthält in knapper, übersichtlicher Form alles, was über praktische Säuglingsfürsorge zu sagen ist; auch die Preise der zur Pflege nötigen Gebrauchsgegenstände sind angegeben, damit selbst die Frauen aus dem Volke sehen können, daß mit geringen Mitteln manches angeschafft werden kann, was das Gedeihen ihrer Säuglinge gewährleistet. Die Einrichtung des Inhalts ist so getroffen, daß jeder sofort, gleichsam mit einem Griff die gewünschte Belehrung finden kann und nicht erst viele Seiten nachzuschlagen braucht. Gerade mit Rücksicht darauf verdient die Schrift die weiteste Verbreitung, die durch die Verlagsbuchhandlung in entgegenkommender Weise dadurch erleichtert wird, daß sich der Preis bei Abnahme einer größeren Anzahl die Schrift nicht unerheblich ermäßigt. Rpd.

2. Schulhygiène.

Schulorganisatorischer Vorschlag zur Minderung der Kindersterblichkeit an akuten Infektionskrankheiten. Von Dr. M. Pfandler-München. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Pfandler faßt seine Gedanken also zusammen: Masern und Keuchhusten sind fast nur (Diphtherie und Scharlach hauptsächlich) im vorschulpflichtigen Alter lebensgefährlich. Gelänge es aber bei gleibleibender Gesamthäufigkeit dieser Krankheiten den Ansteckungstermin nur bis in das 6. Lebensjahr aufzuschieben, so würde die Masern- und die Keuchhustensterblichkeit je um rund 50 Prozent und beispielsweise in München jährlich allein die Zahl der an Masern- und Keuchhustentodesfällen etwa um 360 vermindert werden. Der überwiegende Teil der Masern- und Keuchhustensterbefälle geht darauf zurück, daß Kinder, die die Krankheit in der Schule oder Spielschule erworben haben und selbst ohne Gefährdung überstehen, ihre jüngeren Geschwister (Wohnungsgenossen) infizieren. Rigoroseste Vorkehrungen zur Verhütung von Masern- und Keuchhustenverbreitung in der Schule sind in größeren Gemeinden nicht ohne schwere Störung des Unterrichtsbetriebes und Beeinträchtigung des Lehrerfolges allgemein durchführbar; sie bringen überdies den Schulkindern selbst kaum Nutzen. Es empfiehlt sich aber dort, wo Parallelklassen entstehen, die Scheidung der Gesamtjahrgänge nach dem Vorhandensein oder Fehlen gefährdeter (jüngerer) Geschwister und Wohnungsgenossen vorzunehmen und Vorkehrungen gegen die Verbreitung von Masern und Keuchhusten in der einen Kategorie von Klassen zu unterlassen, in der andern mit erhöhter Schärfe zu treffen. Als Schutzmaßnahmen kommen namentlich das System der kurzfristigen Schulschließungen und die Kontrolle vor Unterrichtsbeginn in Betracht.

(Referent möchte auf die Gefahr der Deklassierung der Kinder aus großen Familien hinweisen, die durch die Verwirklichung dieses Gedankens eintreten würde.) Dr. Graßl-Kempten.

3. Soziale Hygiene.

Gründe und Bedeutung des Geburtenrückganges vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege. Was kann der Arzt und die Medizinalverwaltung tun, um diesem Uebel zu begegnen? Von Kreisassistenzarzt Dr. H. v. Hövell-Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge. 51. Bd., H. 2, Jahrg. 1916.

Die Abnahme der Geburten ist im Deutschen Reich und in Preußen nicht in dem „Nichtkönnen", d. h. in einer Abnahme der Fortpflanzungsfähigkeit beider Geschlechter begründet, sondern fast ausschließlich in dem „Nichtwollen", also in der Abnahme des Zeugungswillens, die ohne Zweifel auch in allen anderen Kulturstaaten die Hauptrolle bei dem rapiden Sturz der Geburtenziffer bildet. Die Gründe für diese Minderung des Zeugungswillens sind nicht allein egoistischer, sondern auch materialistischer und wirtschaftlicher Art; sie sind Folgeerscheinungen unserer Kultur und unseres Wirtschaftslebens. Die legalen und illegalen Mittel, die zum Hintanhalten des unerwünschten Kindersegens benutzt werden, sind freiwillige Enthaltsamkeit vom Geschlechtsverkehr (in der Ehe sehr unwahrscheinlich), Präventivverkehr (am häufigsten), künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (in ständiger Zunahme begriffen) und operative Unbrauchbarmachung (kommt für den Geburtenrückgang kaum in Betracht). Die Frage, ob die Beschränkung der Geburtenzahl eine Verbesserung der Qualität des Menschenmaterials mit sich bringt und der Verlust an Zahl durch die Zunahme an Wertigkeit erhöht wird, verneint Verfasser; hohe Säuglingssterblichkeit geht auch nicht immer mit hoher Geburtenziffer Hand in Hand, jedenfalls kann sie bei dieser durch entsprechende Säuglingsfürsorge herabgesetzt werden, während anderseits die letztere nicht allein imstande ist, die Schäden des Geburtenrückgangs illusorisch zu machen. Das Ein- und Zweikindersystem ist auch an sich vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege ebenso unerwünscht, wie die gewaltsame Zurückdrängung der Fortpflanzungstätigkeit, die gewohnheitsmäßige Ausübung des Präventivverkehrs eine gesundheitliche Schädigung unseres Volkskörpers bedeutet. Abhilfe ist deshalb dringend nötig. Zu den hierfür in Betracht kommenden Mitteln gehören: Strengere Beaufsichtigung der Personen, die das Heilgewerbe ohne staatliche Anerkennung ausüben, sowie der staatlich geprüften Heilgehilfen, Massöre, Krankenpfleger usw., Unterdrückung bezw. Erschwerung des Handels mit empfängnisverhütenden Mitteln, Neuordnung des Hebammenwesens, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und des Prostitutionswesens, Ausdehnung der Säuglingsfürsorge, gesetzliche Regelung des Ammenwesens, sorgfältige Ueberwachung des Haltekinderwesens, der Privatkrankenanstalten und des Badewesens. Rpd.

Staatliche Mütterfürsorge und der Krieg. Von Dr. med. Alf. Fischer-Karlsruhe. Berlin 1915. Verlag von Julius Springer. 8°; 24 S. Preis: 0,40 M.

Die Fürsorge für Schwangere und Gebärende ist leider in der neuen Reichsversicherungsordnung nicht genügend berücksichtigt; nach den von dem Verfasser angestellten Umfragen haben nur verhältnismäßig wenige Kassen die fakultative Wochenbettunterstützung der nicht versicherungspflichtigen Ehefrauen satzungsgemäß eingeführt, so daß für diese riesige Schar von Frauen aus den minderbemittelten Kreisen im Falle der Schwangerschaft viel zu wenig gesorgt ist. Durch die Agitationsarbeit der Propagandagesellschaft für Mutterversicherung (Sitz Karlsruhe) hat sich erfreulicherweise eine Reihe von Krankenkassen anregen lassen, die Mütterfürsorge auch auf die versicherungsfreien Ehefrauen ihrer Mitglieder auszudehnen; einen allgemeinen großen Fortschritt bedeutet weiterhin die durch Beschluß des Bundesrats erlassene Verordnung vom 3. Dezember 1914 über die Wöchnerinnenunterstützungen während des Krieges, besonders nachdem sie durch Bekanntmachung vom 23. April 1915 eine erhebliche Erweiterung erfahren hat. F. fordert, daß diese vortreffliche Einrichtung auch nach dem Friedensschluß nicht nur erhalten bleiben, sondern zu einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung ausgebaut werden muß. Rpd.

Die Massenspeisungen der Hamburgischen Kriegsküchen. Von Oberstabsarzt Dr. Moritz Fürst-Hamburg, z. Zt. Chefarzt in Güstrow. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 24.

In Hamburg wird jetzt in 79 Küchen für ungefähr 115000 Menschen täglich gekocht. Alle Küchen haben nach allwöchentlich bestimmten Küchenzetteln (mit genauer Angabe der Zutaten für je 50 Personen) zu kochen und die Speisen in gleicher Menge (für Erwachsene 1 Liter), zu gleicher Zeit und zum gleichen Preise abzugeben. Das Essen wird meist abgeholt, kann aber auch an Ort und Stelle verzehrt werden. Die Abgabe erfolgt an jeden ohne Prüfung der Bedürftigkeit. Seit Eintritt der Fleischknappheit wird nur zweimal wöchentlich frisches Fleisch, einmal Fleischkonserven gegeben, die Fleischmenge beträgt 60 g auf den Liter. Die fleischfreien Tage dürfen nach der Möglichkeit der Fleischbeschaffung verlegt werden. Die Marken werden schon am vorhergehenden Tage ausgegeben. Der Preis beträgt 20 Pfg. für die Portion, der Zuschuß von der Hamburger Kriegshilfe z. Zt. 18 Pfg. und 2 Pfg. für Unkosten.

Ein solcher Zuschuß, monatlich etwa 150000 M. in Hamburg, ist nötig, um einen großzügigen Betrieb in den Kriegsküchen zu sichern. Weitere Vorbedingungen dafür sind: Zusammenarbeiten ehrenamtlicher Organe mit den Vertrauensleuten der Arbeitervereinigungen und Gewerkschaften, ehrenamtliche Beteiligung von Männern und Frauen in allen Küchen, einheitliche Leitung und straffe Zentralisation, fast tägliche genaue Kontrolle der Küche durch die Zentralleitung, unbedingtes Vertrauen zu den ehrenamtlichen Leitern, richtige Verteilung der Kriegsküchen über die Stadt, Möglichkeit den Betrieb zu erweitern. Die allerwichtigste Aufgabe aber ist es, daß in allen Küchen wirklich gut gekocht wird und jede Küche bestrebt ist, dem Geschmacke ihrer Bezieher und Besucher nach Möglichkeit entgegenzukommen. Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Statistik.

Die Bewegung der Bevölkerung in Preußen in den Jahren 1913 und 1914. Statistische Korrespondenz.

Im Jahre 1913 sind in Preußen 1 209 500 Geburten (einschl. 35 970 Totgeburten), 656 490 Sterbefälle und 323 709 Eheschließungen erfolgt; der Geburtenüberschuß betrug sonach 553 010 oder 13,3 auf das Tausend der mittleren Bevölkerung. Im Jahre 1914 stellen sich diese Ziffern auf 1 202 528 Geburten, 802 776 Sterbefälle (mit 35 948 Totgeburten) und 286 197 Eheschließungen; die Geburtenzahl ist demnach gegen das Vorjahr um 6972 zurückgegangen, die Zahl der Todesfälle um 146 286 gestiegen und der Geburtenüberschuß dementsprechend um 153 258, und zwar von 553 010 auf 399 752 gesunken. Eine bemerkenswerte, in fast allen europäischen Staaten wiederkehrende Erscheinung der Jahre 1909 bis 1912 ist die abnehmende Geburtenzahl bei steigender Ehefrequenz. Während sich nämlich im Durchschnitt des Jahrzehnts 1904—1913 die Geburtenzahl auf 1 270 253, die Zahl der Sterbefälle auf 711 629, der Geburtenüberschuß sonach auf 558 624 belief, betrug die Geburtenzahl im Jahre 1913 bereits 60 753 unter dem zehnjährigen Durchschnitt, 1914 aber sogar 67 725. Die Zahl der Todesfälle stand 1913 um 55139 unter, dagegen 1914 um 91 147 über dem zehnjährigen Durchschnitt. Die Zahl der Eheschließungen stellte sich 1913 auf 11 676 über und im Jahre 1914 auf 25 836 unter dem zehnjährigen Durchschnitt 1904 bis 1913. Es ist also klar, daß die eheliche Fruchtbarkeit in einer nicht unerheblichen Abnahme begriffen ist, wie sich aus den nachstehenden Uebersichten ergibt:

	Geburten einschl.	Sterbefälle Totgeborene	Geburten-überschuß	Ehe-schließungen
1904	1 304 936	742 420	562 508	294 732
1905	1 280 283	765 256	515 027	299 988
1906	1 309 140	713 083	596 057	309 922
1907	1 298 508	719 736	578 772	313 039
1908	1 308 504	733 047	575 457	311 131
1909	1 287 234	705 877	581 357	307 904
1910	1 256 794	675 237	581 557	310 415
1911	1 225 300	732 826	492 474	321 151
1912	1 222 333	672 306	550 027	328 340
1913	1 209 500	656 490	553 010	323 709
1914	1 202 528	802 776	399 752	286 197

oder auf 1000 der mittleren Bevölkerung berechnet:

	Geburten einschl. Totgeborene	Sterbefälle	Geburten-überschuß	Ehe-schließungen
1904	35,8	20,3	15,5	16,2
1905	34,5	20,7	13,8	16,2
1906	34,8	19,0	15,8	16,5
1907	34,0	18,8	15,2	16,4
1908	33,7	18,9	14,8	16,0
1909	32,7	17,9	14,8	15,6
1910	31,5	16,9	14,6	15,5
1911	30,3	18,1	12,2	15,9
1912	29,8	16,4	13,4	16,0
1913	29,0	15,8	13,2	15,5
1914	28,5	19,0	9,5	18,6.

Die Geburtenziffer hat sich somit von 1904—1914 um 20 %, die Sterbeziffer aber nur um 6 % verringert, während die Verringerung des Geburtenüberschusses fast 39,0 % beträgt. Rpd.

Bericht über die medizinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1914. Mit fünf Abbildungen im Text und sechs Tafeln. Hamburg 1916. Verlag von Leopold Voß. 4°; 90 S.

Der die Geburten, Sterbefälle, Erkrankungen an übertragbaren Krankheiten, die Krankenbewegung in den Armenkreisen, die Heilanstalten und die Medizinalpersonen umfassende Bericht bringt wieder manche auch außerhalb Hamburgs interessierende Angaben. Dahin dürfte z. B. gehören, daß sich das durchschnittliche jährliche Einkommen in Hamburg in den 10 Jahren von 1903 bis 1912 um nicht weniger als 30 % gehoben hat (von 732,08 auf 950,16 M.), die Gesamtzahl der Geburten dagegen von 26,80 auf 21,52 ‰ gesunken ist. Von den geborenen Kindern waren 3,6 % totgeboren und zwar bei Kopflagen 2,5 %, bei den Gesichtslagen 19,0, bei den Beckenendlagen 24,0 und bei den Querlagen 41,4 %. Bei 6,3 % der Geburten waren geburtshilfliche Operationen erforderlich; von den betreffenden Müttern sind 3,2 % gestorben, von den Kindern 19,0 % totgeboren. Die Sterblichkeit ist im Jahre 1914 (12,9 ‰) etwas höher als im Vorjahre (12,6 ‰) und im Stadtgebiet höher als im übrigen Gebiet (13,1 gegen 10,8 ‰) sowie im Monat Oktober am niedrigsten (0,9 ‰), in den Monaten Januar—April am höchsten (1,2 ‰). Die Säuglingssterblichkeit (12,7 %) ist ebenfalls etwas höher als im Vorjahre (12,0 %), als wesentlich niedriger als in den Jahren 1910 und 1911 (15,6 und 15,7 %). Von den einzelnen Stadtgebieten hatten die wohlhabenden (Rotherbaum und Harveshude mit 3004 und 4563 M. Einkommensteuer auf den Kopf) die niedrigsten Geburts-Sterbeziffern (8,6 und 11,1 ‰) bezw. 9,9 und 8,4 ‰) und die ärmsten (Billwärder Ausschlag und Barmbeck mit 446 und 495 M. auf den Kopf) die höchsten (25,8 und 29,2 bezw. 19,1 und 16,6 ‰). Die Tuberkulosesterblichkeit ist von 21,0 ‱ im Jahre 1895 auf 11,1 ‱ im Jahre 1914 gesunken; (in den beiden vorgenannten wohlhabendsten Bezirken auf 3,9 und 4,9 ‱ gegen 22,9 ‱ in dem engbebauten und weniger wohlhabenden Bezirk Altstadt-Nord). Nach den Einkommensteuerverhältnissen stellt sich die Tuberkulosesterblichkeit wie folgt: bei den Einwohnern mit einem Einkommen von 900—1200 M.: 28,4, 1200—2000 M.: 25,0, 2000 - 3500 M.: 19,0, 3500—5000: 13,3, 5000—10 000 M.: 13,2, 10 000—25 000 M.: 3,3 und über 25 000 M.: 4,8 auf 10 000 Lebende. Es ergibt sich daraus, daß in den reichsten Familien 6 mal weniger Personen an Tuberkulose sterben als in den ärmsten. Von den Infektionskrankheiten sind Pocken nur vereinzelt (11) aufgetreten, auch die Typhuserkrankungen sind verhältnismäßig selten gewesen (223 mit 26 = 11,2 % Todesfällen) oder 1,8 bezw. 0,2 auf 10 000 Einwohner; stärker verbreitet waren dagegen Scharlach (2615 Erkrankungen mit 117 = 4,5 % Todesfällen), Masern (2431 mit 104 = 4,3 % Todesfällen), Diphtherie (4444 mit 368 = 8,3 % Todesfällen). Rpd.

Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit in den deutschen Großstädten mit mehr als 200 000 Einwohnern in den Jahren 1914 und 1915. Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts; 1916, Nr. 24.

Zur Ergänzung der Bearbeitung der Wochenausweise über die Bevölke-

rungsvorgänge in den deutschen Großstädten mit mehr als 200000 Einwohnern während der Zeit vom 4. April 1915 bis 1. Januar 1916 (s. diese Zeitschrift Jahrg. 1915, Nr. 23, S. 721 und Jahrg. 1916, Nr. 9, S. 245) sind jetzt im Reichsernährungsamt die vorläufigen und endgültigen Angaben über die Zahl der Lebendgeborenen und der Sterbefälle im 1. Lebensjahr in diesen Städten für das Jahr 1915 denen für das vorausgegangene Jahr gegenübergestellt. Danach hat sich nach den Monatsergebnissen die Zahl der Lebendgeborenen in der Gesamtheit der 26 größten deutschen Städte von 66032 im 1. Viertel des Jahres 1914 auf 42723 im letzten Viertel des Jahres 1915 vermindert. Diese Verminderung war in den einzelnen Vierteln des Jahres 1914 nur unbedeutend; im 1. Viertel des Jahres 1915 folgte, entsprechend den regelmäßigen monatlichen Schwankungen der Geburtenhäufigkeit im Deutschen Reiche, wiederum ein Anstieg der Zahl der Lebendgeborenen, nämlich von 61259 im letzten Vierteljahre 1914 auf 65399 im 1. Vierteljahre 1915, so daß nahezu die Höhe derjenigen für das 1. Vierteljahr 1914 erreicht wurde. Die Einwirkung des Krieges auf die Geburtenhäufigkeit, die aus natürlichen Gründen erst vom Monat Mai 1915 in Erscheinung treten konnte, machte sich bereits in bedeutendem Maße im 2. Vierteljahre 1915 geltend, in welchem nur noch 52899 Lebendgeborene in der Gesamtheit der untersuchten Großstädte aufgezeichnet worden sind. In den beiden nachfolgenden Vierteljahren hielt zwar der Geburtenrückgang weiter an, doch machte sich darin eine Verlangsamung deutlich bemerkbar. An dieser Verminderung nahmen alle Städte, wenn auch in verschiedenem Grade, teil, doch läßt die Betrachtung der örtlichen Unterschiede zwischen den Vierteljahrsangaben der beiden Vergleichsjahre erkennen, daß die Zahl der Lebendgeborenen in einigen Städten in dem 1. Vierteljahre 1915 noch größer war als in dem entsprechenden Zeitraume des Vorjahrs.

Infolge der bedeutsamen Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen in den letzten drei Vierteljahren des Jahres 1915 mußte sich auch die Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahre vermindern. Der Vergleich der Vierteljahrsangaben über die letztere Zahl für das Jahr 1914 mit denen für das Jahr 1915 zeigt auch, daß die Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr in der Gesamtheit der 26 größten Städte im Jahre 1915 von Vierteljahr zu Vierteljahr beständig abgenommen hat, und zwar von 8761 im 1. Vierteljahr auf 5568 im letzten Vierteljahre. Dieser Verlauf wich in auffallender Weise von dem jahreszeitlichen Verlauf der gleichen Angaben für das Vorjahr ab, in welchem der Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit im 3. Vierteljahre mit 14074 Sterbefällen im 1. Lebensjahre sich deutlich von den Angaben für die übrigen Vierteljahre, die sich nur zwischen 8000 und 8600 bewegten, abhob. Da der übliche Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit im Jahre 1915 überhaupt nicht in Erscheinung getreten ist, so ist es erklärlich daß bei dem angestellten zeitlichen Vergleiche das Maximum der Abnahme der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr auf das 3. Vierteljahr entfallen mußte. Der Umstand, daß von der Abnahme der Gesamtzahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr im Jahre 1915 gegenüber 1914 um 10493 allein 7137 auf das 3. Vierteljahr entfielen, läßt erkennen, daß die Abnahme der Zahl dieser Sterbefälle im Jahre 1915 nicht nur auf die Verminderung der dem Sterben ausgesetzten Säuglinge, sondern auch auf das Ausbleiben des Sommergipfels der Säuglingssterblichkeit in diesem Jahre zurückzuführen ist. Da das Ausbleiben des Sommergipfels im Jahre 1915 durch die günstigen Temperaturverhältnisse in den Sommermonaten bedingt war, so kann man hieraus folgern, daß dieser Umstand von entscheidendem Einfluß auf die Gestaltung der Säuglingssterblichkeit überhaupt im Deutschen Reiche im Jahre 1915 gewesen ist. Für die Richtigkeit dieser Schlußfolgerung spricht die Tatsache, daß die starke Abnahme der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr im 3. Vierteljahre 1915 gegenüber dem gleichen Zeitraum des Vorjahrs sich für alle untersuchten Städte nachweisen läßt, so daß nur ein gemeinsamer Umstand, nämlich die günstigen Temperaturverhältnisse in den Sommermonaten des Jahres 1915, als Ursache hierfür angesehen werden kann. Dagegen sind die Verschiedenheiten dieser Abnahme in den einzelnen Städten auf örtliche Einflüsse in erster Linie wohl auf die verschiedene Abnahme der Geburtenhäufigkeit und den verschiedenen Stand der Säuglingsfürsorge, zurückzuführen.

Aus dem Vergleich der Jahresergebnisse der Statistik der Lebendgeborenen und der Sterbefälle im 1. Lebensjahre ist zu ersehen, daß die Zahl der Lebendgeborenen in der Gesamtheit der 26 Großstädte im Jahre 1915 um 49 749 niedriger als im Vorjahre war, also um 19,8% oder nahezu ein Fünftel.

Am größten war diese prozentuale Abnahme in Chemnitz mit 27,2%, in Nürnberg mit 27,1, in Neukölln mit 24,8, in Duisburg mit 23,7 und in Hamburg mit 23,6%. Weit unter dem Durchschnitt verblieb dagegen diese Abnahme in Dortmund mit 14,4%, in Mannheim mit 14,2, in Berlin-Schöneberg mit 13,1 und in Kiel mit 7,5%.

Dieser Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen stand eine solche der Sterbefälle im 1. Lebensjahr um 10 351 gegenüber, der es hauptsächlich zu verdanken ist, daß die Zahl der das 1. Lebensjahr überlebenden Kinder im Jahre 1915 nur um etwas mehr als ein Fünftel weniger abgenommen hat als die Zahl der Lebendgeborenen.

Um die Abnahme der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr im Jahre 1915 gegenüber 1914 mit der Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen vergleichen zu können, ist die prozentuale Abnahme der absoluten Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahre berechnet, die für die Gesamtheit der 26 Großstädte im Jahre 1915 nicht unbeträchtlich größer war als die der Zahl der Lebendgeborenen und 26,3% beträgt. Die Grenzwerte bewegen sich zwischen 27,2 und 7,5%; es zeigt sich außerdem dabei, daß die Stadt mit der größten prozentualen Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen (Chemnitz) mit 42,1% auch die größte prozentuale Abnahme der Sterbefälle im 1. Lebensjahr und die Stadt mit der geringsten prozentualen Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen auch die geringste prozentuale Abnahme der Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr aufzuweisen hat (Kiel mit 12,7%). Dieser Parallelismus läßt sich auch in anderen Städten verfolgen. Wird die Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr auf je 100 Lebendgeborene einer vergleichenden Berechnung zugrunde gelegt, so hat sich die eigentliche Säuglingssterbeziffer von 15,3 im Jahre 1915 auf 14,0 im Jahre 1915, d. h. um 1,3 auf je 100 Lebendgeborene, vermindert. Eine derartig niedrige Säuglingssterbeziffer, wie die des Kriegsjahres 1915, wurde bisher noch in keinem Jahr im Deutschen Reiche beobachtet. Nur einige wenige kleine Gebietsteile hatten in den letzten vorausgegangenen Jahren eine noch niedrigere Säuglingssterbeziffer aufzuweisen. Die räumlichen Unterschiede der Säuglingssterbeziffer im Jahre 1915 lassen jedoch erkennen, daß in einigen Städten die Säuglingssterblichkeit auch in diesem Jahre beträchtlich hochgewesen ist und sich gegenüber dem Vorjahr nur wenig verändert hat. Dies war der Fall in Königsberg, wo die höchste Säuglingssterbeziffer mit 19,6 verzeichnet wurde, ferner in Magdeburg und Danzig, wo die Säuglingssterbeziffer im Jahre 1915 19,2 betrug. Dagegen ist die Zahl der Städte mit einer Säuglingssterbeziffer unter 12,0 von 2 (Frankfurt a. M. und Bremen) im Jahre 1914 auf 7 (Hamburg, Dresden, Frankfurt a. M., Düsseldorf, Hannover, Stuttgart und Bremen) im Jahre 1915 gestiegen. Nur in einer einzigen Stadt, nämlich in München, war die Säuglingssterbeziffer im Jahre 1915 etwas größer als im Vorjahre. Da diese Stadt die einzige ist, in welcher auch im Jahre 1914 der Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit nicht in Erscheinung trat, so haben dort die günstigen Temperaturverhältnisse in den Sommermonaten des Jahres 1915 auch keinen Rückgang der Säuglingssterblichkeit bewirken können. Auch diese Tatsache beweist, daß der Rückgang der Säuglingssterblichkeit in den übrigen Städten im Jahre 1915 in erster Linie den günstigen Temperaturverhältnissen in den Sommermonaten dieses Jahres zu verdanken ist. Rpd.

---

5. Oeffentliches Gesundheitswesen im allgemeinen.

Gegen die Zersplitterung der Gesundheitsfürsorge. Von Kreisarzt Dr. Louis Ascher in Berlin, z. Z. im Felde. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 24.

Die durch die Entwicklung bedingte Zersplitterung in Tuberkulose-, Säuglings- usw. bis zur Wohnungsfürsorge ist eine ungeheuerliche Verschwendung von Kraft und Zeit. Alle diese Zweige der Gesunhheitsfürsorge haben

das Gemeinsame, daß sie in der Wohnung des Fürsorgebedürftigen zu beginnen und zu enden hat, daß die Kreise der Schutzbedürftigen die der Minderbemittelten sind, daß die ganze Familie erfaßt und mit den einfachen Regeln der Gesundheitspflege aller Zweige vertraut gemacht werden muß.

In den rheinischen Kreisen führen die Säuglingsfürsorgerinnen auch die Tuberkulosefürsorge aus. Im Kreise Hamm i. W. wird die gesamte Gesundheitsfürsorge von einem Amte (Fürsorgeamt) und mit denselben Kräften ausgeübt. Zu solcher Zusammenlegung drängt die jetzige Zeit. Es sollten schon jetzt Fürsorgerinnen oder Fürsorger mit den einfachen Gesundheitsregeln aller Zweige vertraut gemacht werden und einen umschriebenen Bezirk zur Bearbeitung (Bezirksschwestern, Bezirkspfleger) übernehmen mit voll oder teilweis besoldeten oder unbesoldeten Hilfskräften. Voraussetzung ist entsprechende Unterweisung und Beaufsichtigung auch hinsichtlich der Erfolge, Besuch der ärztlichen Beratungsstunden mit den Pflegebefohlenen. Ferner wäre es angebracht, die Beamten der Krankenkasse in näherer Fühlung zur Gesundheitsfürsorge zu bringen und Vertreter der Krankenkassen ebenso wie die der Alters- und Invaliditäts- und Angestelltenversicherung in die Fürsorgeausschüsse und städtischen Gesundheitskommissionen aufzunehmen. „Die Zeit drängt zu Taten und zur besten Ausnutzung der Kräfte.“ Dr. Roepke-Melsungen.

---

6. Apothekenwesen und Arzneiversorgung.

Die Kriegspreise der Arzneimittel. (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität in Königsberg). Von Hermann Führer. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 25.

In Deutschland haben wir bisher kein wichtiges Arzneimittel zu entbehren; für jedes zur Neige gehende ausländische Produkt sind Ersatzmittel schon vorhanden oder zu schaffen. Die Preise der aus dem Ausland bezogenen Arzneimittel sind gegenüber Friedenszeiten gestiegen; immerhin sind die deutschen Kriegs-Arzneipreise gegenüber denen des Auslandes außerordentlich mäßig. Einer Zusammenstellung ist zu entnehmen, daß im April 1916 in Deutschland (England), auf 1 Kilogramm und Mark berechnet, kosteten: Acid. acetylosalicyl. 7,20 (117), Acid. salicyl. 3,95 (51,80), Atropin. sulfur. 2700 (5500), Chinin. hydrochlor. 94 (180), Cocain. hydrochlor. 210 (1025), Guajacol. carbon. 20 (190), Kal. bromat 3,30 (57,50), Kal. permangan. 1,70 (19,70), Phenacetin 8,30 (163), Phenolphthalein 20 (139) usw.

Es ist ratsam, die Verordnung ausländischer Arzneistoffe einzuschränken und für sie inländische natürliche oder — oft besser — künstliche zu verwenden. Sparsamkeit ist in erster Linie in Salben anzuempfehlen, wie überhaupt sparsames Verschreiben aller Arzneimittel am Platze ist. Die Krankenkassen sollten ein Verzeichnis der zu vermeidenden Arzneimittel zugleich mit Vorschlägen von Ersatzmitteln bekanntgeben. Dagegen ist das Bestreben der Kassen, „arzneilose Tage“ einzuführen, durchaus zu verwerfen und von den Aerzten als ein unsinniges Verlangen aufs entschiedenste abzulehnen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Verfälschung von Medikamenten in Rußland. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, 24. Jahrg., Nr. 10.

Bei der russischen Armee sollen Medikamente nicht nur ungenügend vorhanden, sondern auch schlecht und unerhört teuer sein; außerdem sollen sehr viel Verfälschungen vorgekommen sein. In Chinin ist z. B. bis zu 45 °/o Mehl gefunden worden, in Jodoform war bis 35 °/o Gips und im Salol 75 °/o Wasser enthalten. Dem Ausspruch eines russischen Generals, daß „einen verwundeten Krieger mit schlechten und gefährlichen Medikamenten zu versorgen schamlos und gemein sei,“ können wir ohne weiteres beistimmen. Dr. Hoffmann-Berlin.

Parglyzerin und Perkaglyzerin als Ersatzmittel des Glyzerins in der Dermatologie. Von Prof. Dr. Wechselmann-Berlin. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1916, Nr. 17.

Als vortrefflicher Ersatz für Glyzerin ist von Prof. Neuberg in der Chemischen Abteilung des Kaiser Wilhelm-Instituts für experimentelle Therapie in Dahlem das Parglyzerin und Perkaglyzerin dargestellt. Die organischen Substanzen werden von der Chemischen Fabrik Winkel a. Rh. in den Handel

gebracht. In den chemischen und physikalischen Eigenschaften dem Glyzerin sehr nahe stehend, sind sie äußerlich kaum vom Glycerinum verum zu unterscheiden und besitzen neutralen Charakter, typische Schlüpfrigkeit und starke wasserentziehende Kraft. Die Präparate sind wasserklar und farblos bezw. gelb, völlig ungiftig und besitzen gesüßt einen angenehmen limonadenartigen Geschmack. Für dermatologische Zwecke kann das Perkaglyzerin die mannigfachste Anwendung finden, so als Zusatz zum Waschwasser, als Schüttelmixtur, Unnascher Zinkleim, ferner mit Lanolin oder Vaselin oder Eucerin zu hervorragenden Salbengrundlagen. Perkaglyzerin ist auch vorzüglich brauchbar als Gleitmittel für Katheter, Bougies und Zystoskope. Bougies und Weichgummikatheter lassen sich in einer Mischung von Parglyzerin mit Wasser sehr gut kochen; sie bleiben dabei weich und glatt. Die Präparate bewähren sich mit und ohne Wasser sehr gut anstelle der Glyzerinklistiere.

Dr. Roepke-Melsungen.

Seifenersatz. Oppenheimer-München empfiehlt bei der Säuglingspflege statt Seifen Bolussalbe. Die Köpfe der Kinder werden mit einer Gallerte gewaschen, die jeweils am Abend zuvor in der Weise hergestellt wird, daß 10 g Soda und 10 g feingeschnittene Seife mit 1 l Wasser aufgekocht wird. Für ein Kind braucht man täglich 15 g von dem Bolus-Sodapulver, was eine Ausgabe von 0,3 Pfg. gleich kommt. Das Pulver wie Seife auf einen Waschlappen genommen.

Dr. Graßl-Kempten.

Tagesnachrichten.

Erreger des Flecktyphus. Nach einer von der Wiener klinischen Wochenschrift gebrachten Abhandlung hat der Bakteriologe Dr. Eugen Csernel-Budapest den lange gesuchten Erreger des Flecktyphus nach langwierigen Versuchen gefunden. Es gelang ihm, auf geeignetem Nährboden in Form von mit Menschenblut vermischtem Glyzerinagar den Erreger nachzuweisen; er läßt sich mit Karbolfuchsin leicht färben und wird dadurch im Mikroskop deutlich sichtbar.

Todesfälle. Am 28. August d. J. ist in Obersalzberg bei Berchtesgaden der Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Erich Richter** in Dessau im Alter von 74 Jahren infolge eines Schlaganfalls plötzlich verschieden. Noch vor wenigen Monaten war es ihm vergönnt, in voller körperlicher und geistiger Frische sein 50jähriges Doktorjubiläum zu feiern (s. Nr. 7 dieser Zeischrift, S. 215); unser damals geäußerter Wunsch, es möchten im noch viele Jahre in gleicher Frische vergönnt sein, ist leider nicht in Erfüllung gegangen. In dem Verstorbenen hat der Deutsche Medizinalbeamtenverein eines seiner ältesten und treuesten Mitglieder verloren; seit Gründung des Vereins hat er dessen Vorstande angehört und auf keiner der Vereinsversammlungen wie Vorstandssitzungen gefehlt. Infolge seines umfassenden Wirkens wie infolge seines außerordentlich liebenswürdigen, mit frischem Humor gepaarten Wesens erfreute er sich der größten Achtung und Beliebtheit nicht bloß bei seinen ärztlichen Kollegen, insbesondere bei den beamteten, sondern auch in weitesten Kreisen der Bevölkerung seines engeren Heimatstaates, in dem er 35 Jahre lang als Medizinalbeamter — erst als Kreisarzt (1881—1904) und dann als Regierungs- und Medizinalrat bei der herzoglichen Regierung in Dessau — tätig gewesen ist. Gerade in der letzten Stellung hat er äußerst segensreich gewirkt und sich um die Entwicklung und Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens in Anhalt hervorragende und bleibende Verdienste erworben. Dem Herausgeber war der Dahingeschiedene seit der Studienzeit ein alter lieber Freund und Mitarbeiter dieser Zeitschrift, die noch vor kurzem zwei Abhandlungen aus seiner Feder gebracht hat. Sein Andenken wird dauernd in Ehren gehalten werden!

Am 24. August d. J. ist der Geh. Med.-Rat Dr. **Dütschke,** Reg.- und Med.-Rat in Stettin infolge eines Schlaganfalls plötzlich verstorben. Mit ihm ist ein Medizinalbeamter im tatkräftigsten Mannesalter (57 Jahre) aus dem Leben geschieden, der sich in allen seinen verschiedenen amtlichen Stellungen — 1889—1901 Kreisarzt in Aurich, 1901—1903 ständiger Hilfsarbeiter bei der

Königl. Regierung in Arnsberg, 1903 Reg.- und Medizinalrat in Erfurt und von 1911 ab in der gleichen Stellung bei der Königl. Regierung in Stettin — den Ruf eines sehr befähigten, tüchtigen und tatkräftigen Medizinalbeamten erworben und sich auch vielfach litterarisch betätigt hat. Der Preußische Medizinalbeamtenverein hat in ihm ein langjähriges und auf seinen Verhandlungen nur selten fehlendes Mitglied, die Zeitschrift für Medizinalbeamten einen treuen Mitarbeiter verloren. Seit Beginn des Krieges hat der Verstorbene als Provinzialinspekteur des Roten Kreuzes und Führer eines Lazarettzuges für die Provinz Pommern eine außerordentlich segensreiche Tätigkeit entfaltet; den damit verbundenen Ueberanstrengungen ist er nunmehr zum Opfer gefallen, nachdem er den großen Schmerz gehabt hat, zwei von seinen drei Söhnen auf dem Felde der Ehre zu verlieren. Friede seiner Asche, Ehre seinem Andenken!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Kasse:

Stabsarzt d. L. Dr. Martin Baltzer-Stettin.
Stabsarzt d. Res. Dr. H. Boedicker-Berlin.
Stabsarzt Dr. Otto Haist-Ulm.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Koch-Wiesbaden.
General- und Korpsarzt Dr. Sönning-Nürnberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Stalling-Oldenburg (Großherzogtum).
Oberarzt Prof. Dr. Stieda-Halle a. Saale.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Stabsarzt d. L. Med.-Rat Dr. Floeck, Kreisarzt in Montabaur, z. Z. Chefarzt des Reservelazaretts in Wetzlar.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Geh. Med.-Rat Dr. Nieper, Kreisarzt in Goslar.

Außerdem haben erhalten:

Die Krone zum Ritterkreuz I. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtsordens: Oberstabsarzt d. Res. Dr. Holz, Bezirksarzt in Leipzig.

Berichtigung: Das Großherzoglich Hessische Militärsanitätskreuz ist nicht dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Walger in Gießen (s. Nr. 16, S. 499 dieser Zeitschrift), sondern dem Med.-Rat Dr. Wagner, Oberarzt an der Landesirrenanstalt in Gießen verliehen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Oberstabsarzt d. Res. Dr. Kurt Berneaud-Frankfurt a. M.
Feldhilfsarzt Dr. Bieber.
Zivilarzt A. Dietsch-Thüngersheim (Unterfranken).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Ernst Dobroschke-Ratibor (Oberschlesien).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. **Dütschke**, Reg.- und Med.-Rat in Stettin (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Ernst Hauschild-Crimmitschau (Sachsen).
Stabsarzt Dr. Bernhard v. Kamptz-Marburg a. L.
Generaloberarzt Dr. Langheld-Darmstadt.
Stabsarzt a. Dr. Walter Matthes-Blankenburg i. Harz.
Stabsarzt d. L. Dr. Gustav Rosenfeldt-Marienwerder.
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. M. Rosenthal-Münster i. W.
Feldunterarzt G. Schneider-Breslau.
Generaloberarzt Dr. O. Stobaeus, Chefarzt des Reservelazaretts in Kissingen (gestorben infolge von Krankheit).
Feldarzt Dr. F. Schulze-Weimar.
Vertragsarzt Dr. Julius Wolff, leitender Arzt des Reservelazaretts in Birkenwerder bei Berlin (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. F. Wolff-Lüdenscheid (Westfalen).

Berichtigung: Feldunterarzt Richard Remky-Allenstein (s. Ehrengedächtnistafel in Nr. 13 der Zeitschrift) ist nicht gefallen, sondern in Gefangenschaft gewesen, aus der er inzwischen zurückgekehrt ist.

Nach einer von der Berliner Aerzte-Korrespondenz gebrachten Zusammenstellung der Verluste an Aerzten im deutschen Heere einschl. der Marine sind nach den bisherigen 600 amtlichen Verlustlisten 342 Aerzte gefallen, 186 an Krankheiten gestorben, also zusammen 528 Aerzte; außerdem sind 553 leicht verwundet, 156 in Gefangenschaft geraten und 87 vermißt. Die Zahl der Gefallenen und infolge des Feldzuges an Krankheiten verstorbenen Aerzte ist jedoch nach der in der Zeitschrift für Medizinalbeamte fortlaufend gegebenen Mitteilungen erheblich höher und beträgt zurzeit bereits 747.

Cholera: In Ungarn sind in den beiden Wochen vom 17. bis 30. Juli nur je ein Cholerafall, in Bosnien und der Herzegowina vom 1. bis 22. Juli: 4 (1) Erkrankungen (Todesfälle) gemeldet.

Fleckfieber: Im Deutschen Reich sind nur in den Wochen vom 6. bis 12. und 20. bis 26. August je 2 Erkrankungen (darunter je 1 bei einem Kriegsgefangenen), in Ungarn vom 10. bis 16. Juli 16, vom 17. bis 23. Juli 2 Erkrankungen amtlich festgestellt.

Pocken: Im Deutschen Reich sind in den drei Wochen vom 6. bis 26. August 1, 5 und — Erkrankungen vorgekommen; außerdem 4 unter den wolhynischen Rückwanderern in Ostpreußen. In Oesterreich betrug die Zahl der Pockenerkrankungen in den fünf Wochen vom 21. Mai bis 24. Juni 210, 187, 135, 88 und 76, davon 160, 137, 109, 38 und 39 in Galizien, in Bosnien und der Herzegowina vom 7. Mai bis 17. Juni 8, 6, 5, 2, 2 und 3 Pockenerkrankungen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 23. Juli bis 12. August 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz: — (—), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 5 (—), 5 (—), 14 (—); Tollwut: — (—), 1 (—), 1 (—); Milzbrand: 1 (—), — (—), 1 (—); Pocken: 10 (2), 5 (1), 8 (—); Unterleibstyphus: 321 (21), 280 (24), 315 (14); Ruhr: 99 (13), 142 (10), 240 (16); Diphtherie: 1449 (83), 1390 (72), 1509 (83); Scharlach: 1084 (43), 978 (55), 1044 (48); Kindbettfieber: 55 (14), 54 (18), 48 (11); Genickstarre: 8 (1), 4 (3), 6 (2); spinaler Kinderlähmung: 1 (—), — (—), 2 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 7 (—), 196 (1), 5 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 39, 37, 60; Tuberkulose (gest.): 682, 671, 665.

Sprechsaal.

Anfrage des Bezirksarztes Dr. E. B. in V.: Darf 5proz. weiße Präzipitätsalbe in Drogerien als Ungeziefermittel oder als kosmetisches Mittel verkauft werden?

Antwort: Da die Verwendung von weißer Präzipitätsalbe als kosmetisches Mittel nach den §§ 1 und 3 des Gesetzes vom 5. Juli 1887, betr. die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, verboten ist, ist auch ihr Feilhalten und Verkauf als solches unzulässig (s. auch Urteil des preuß. Kammergerichts [Str.-S.] vom 8. Juni 1915, in dem der Verkauf von quecksilberhaltigen „Cream für Sommersprossen" als unstatthaft bezeichnet wird). Dagegen ist ihr Feilhalten und Verkauf als „Ungeziefermittel" ebenso freigegeben, wie derjenige von grauer Quecksilbersalbe; sie fällt leider auch nicht unter die gesetzlichen Bestimmungen über den Giftverkehr, weil in dem der Giftpolizeiverordnung (in Preußen vom 22. Februar 1906, in Bayern vom 13. Februar 1906) beigegebenen und nach § 1 dieser Verordnung für den Begriff „Gift" maßgebenden Verzeichnis in Abteilung 1 nur die „Quecksilberpräparate", aber keine „Quecksilberzubereitungen" aufgeführt sind. Die Verwendung der weißen Präzipitätsalbe als „Ungeziefermittel" dürfte jedoch zu bezweifeln und deshalb von dem Drogenhändler der Nachweis einer derartigen Verwendung zu erbringen sein.

Geschäfts- und Kassenbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins für die Jahre 1913, 1914 und 1915.

Mit Rücksicht darauf, daß infolge des Krieges leider auch in dem laufenden Jahre eine Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins nicht abgehalten werden kann, hat der Vorstand beschlossen, wenigstens den für die Jahre 1913 bis 1915 fälligen Geschäfts- und Kassenbericht zu veröffentlichen. Danach ist die **Mitgliederzahl** von 1608 im September 1913 auf 1603 im Jahre 1914 und auf 1552 im Jahre 1915 gesunken. Diese Abnahme hat sich leider auch im laufenden Jahre fortgesetzt, so daß die Zahl der Mitglieder zurzeit (1. August d. J.) nur noch 1470 beträgt. Ausgetreten sind in den Berichtsjahren: 16 (1914), 19 (1915) und 59 (1916), zusammen 94 Mitglieder; verstorben sind: 43 (1913 u. 1914), 39 (1915) und 25 (1916), zusammen 106 Mitglieder; neu eingetreten sind dagegen nur: 54 (1913 u. 1914), 7 (1915) u. 4 (1916), zusammen 65 Mitglieder. Von den Verstorbenen sind 16 auf dem Felde der Ehre gefallen oder während ihrer Tätigkeit im Militärdienst verstorben (die Namen dieser Mitglieder sind nachstehend fett gedrückt); darunter leider auch der langjährige Schrift- und Kassenführer des Vereins, Med.-Rat Dr. Flinzer, Bezirksarzt in Döbeln. Sein Andenken wird ebenso wie das Andenken der übrigen Verstorbenen, stets in Ehren gehalten werden! Die Namen der verstorbenen Mitglieder sind:

1. Dr. Adler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Brieg i. Schlesien (1914).
2. - Auer, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in München (1916).
3. - Bartels, Med.-Rat, Kreisarzt in Husum i. Holstein (1915).
4. - Behrendt, Med.-Rat, Kreisarzt in Tilsit i. Ostpreußen (1916).
5. - Beinhauer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Höchst a. Main (1915).
6. - Bergmann, Bezirksarzt in Zusmarshausen i. Bayern (1914).
7. - Böhm, Med.-Rat, Bszirksarzt a. D. in Augsburg (1914).
8. - **Bosse**, prakt. Arzt in Kosten (Posen); während seiner Tätigkeit als Kreisarzt in Russisch-Polen gestorben (1916).
9. - Brink, Med.-Rat, Bezirksarzt in Frankenberg i. Kgr. Sachsen (1914).
10. - Bruhn, Med.-Rat, Kreisarzt in Segeberg i. Holstein (1916).
11. - Brümmer, Geh. Med.-Rat und Mitglied des Medizinal-Kollegiums in Münster i. W. (1915).
12. - Cold, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Meldorf i. Holstein (1915).
13. - Derbe, Kreisarzt in Allenstein (1913).
14. - Dietz, Med.-Rat, Kreisarzt in Barr i. Els.-Lothringen (1915).
15. - **Doebert**, Kreisarzt in Beeskow (Brandenburg); gefallen (1916).
16. - Eder, Bezirksarzt a. D. in Grafenau i. Niederbayern (1915).
17. - Erdner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Görlitz (1915).
18. - Esch-Waltrup, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Cöln a. Rh. (1915).
19. - Dr. v. Esmarch, Prof., Geh. Med.-Rat, Direktor des Hygienischen Instituts in Göttingen (1915).
20. - Falkenbach, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Mayen (Rheinland) (1914).
21. - **Fehrs**, Kreisarzt in Czarnikau (Posen); als Kreisarzt in Russisch-Polen an Flecktyphus gestorben (1916).
22. - **Felgenträger**, Kreisarzt in Heiligenstadt (Reg.-Bez. Erfurt); infolge einer während seines Militärdienstes zugezogenen Krankheit (Flecktyphus) gestorben (1915).
23. - Finger, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Münsterberg i. Schl. (1914).

24. Dr. Flemming, Med.-Rat, Bezirksarzt in Auma i. Sachsen-Weimar (1915).
25. - Flinzer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Döbeln in Sachsen; infolge einer im Felde zugezogenen Krankheit gestorben (1915).
26. - Fränken, Geh. Med.-Rat und Professor, Halle a. S. (1916).
27. - Franz, Kaiserl. Reg.-Rat bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Charlottenburg (1914).
28. - Freyer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. und Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums in Stettin.
29. - Fritzsch, Prof., Geh. Ob.-Med.-Rat in Hamburg, früh. in Bonn (1915).
30. - Fromm, Kreisarzt in Frankfurt; infolge einer im Felde zugezogenen Krankheit gestorben (1915).
31. - Fuchs, Bezirksarzt a. D. in Dingolfingen i. Niederbayern (1915).
32. - Gros, Bezirksarzt in Schwabmünchen i. Schwaben (1915).
33. - Grüb, Bezirksarzt a. D. u. Bahnarzt in Freising i. Oberbayern (1915).
34. - Gerlach, Kreisarzt in Ilfeld i. Hannover (1914).
35. - Gleitsmann, Geh. Med.-Rat u. Kreisarzt a. D. in Wiesbaden (1914).
36. - v. Grashey, Geh. Rat, Min.-Rat a. D. in München (1914).
37. - Haberkorn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Gießen (1915).
38. - Halling, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Glückstadt i. Holstein (1915).
39. - Hartwig, San.-Rat, Kreisarzt a. D. in Corbach i. Waldeck (1914).
40. - Hassenstein, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Kreuznach (1914).
41. - Heiß, Adolf, Krankenhausarzt in Starnberg (Oberbayern), staatsärztlich approbiert (1915).
42. - Horn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Tondern, während seiner Tätigkeit im Militärdienst gestorben (1916).
43. - Hüpeden, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Provinzial-Medizinal-Kollegiums in Hannover (1914).
44. - Kamm, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Bruchsal i. Baden (1914).
45. - Karrer, Med.-Rat, Direktor der Kreisirrenanstalt in Klingenmünster i. Pfalz (1916).
46. - Kern, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Künzelsau i. Württemberg (1915).
47. - Ketterl, Peter, in Cham (Oberpfalz), staatsärztl. approb. (1915).
48. - Klehe, Geh. Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Freiburg i. Breisg. (1915).
49. - Klöppel, San.-Rat, Physikus in Blankenburg a. Harz (1914).
50. - v. Kobylecki, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin (1914).
51. - Krinner, prakt. Arzt in Waldmünchen (Oberpfalz), während seiner Tätigkeit als Kreisarzt in Russisch-Polen gestorben (1916).
52. - Lacher, Hofrat, prakt. Arzt in Berchtesgaden (Bayern), staatsärztlich approbiert (1914).
53. - Lambert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Melsungen (Reg.-Bez. Kassel) (1914).
54. - Leers, Gerichtsarzt in Essen a. Ruhr (1915).
55. - Leonhard, Kreisarzt in Daun (Rheinland); in Feindesland an Flecktyphus gestorben (1916).
56. - Leubuscher, Prof., Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Meiningen (1916).
57. - Lesenberg, Obermedizinalrat, Physikus a. D. in Rostock (1916).
58. - Limper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Gelsenkirchen (1918).
59. - Loeffler, Geh. Ob.-Med.-Rat, Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten Robert Koch in Berlin; infolge einer im Felde zugezogenen Krankheit gestorben (1915).
60. - Löscher, Physikus in Remptendorf i. Reuß ä. L. (1916).
61. - Longard, San.-Rat, Gerichtsarzt a. D. und Direktor des Fürstl. Carl-Landeshospital in Sigmaringen (1914).
62. - Maire, prakt. Arzt in Fürstenberg a. Oder, (Brandenburg), staatsärztlich approbiert (1916).
63. - Martini, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Breslau (1914).
64. - Matthes, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau (1916).
65. - Mayer, Oberamtsarzt in Tettnang i. Württemberg (1915).
66. - Mayer, Wilh., prakt. Arzt in München, staatsärztl. approb. (1914).
67. - Müller, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Konitz (Westpreußen); während seiner Tätigkeit im Militärdienst gestorben (1916).
68. - Müller, Hugo, Kreisarzt in Strasburg i. Westpr.; gefallen (1914).
69. - Müller, Hugo, Kreisarzt in Berent (Ostpreußen), gefallen (1915).

70. Dr. Müller, Med.-Rat, Kreisarzt des X. Bezirks in Berlin (1914).
71. - Müller, Med.-Rat, Kreisarzt in Gehren i. Schwarzburg-Sondershausen (1914).
72. - Neumann, Med.-Rat, Kreisarzt in Leobschütz i. Schlesien (1915).
73. - Nitka, Bezirksarzt in Mannheim (1914).
74. - Nothaas, Bezirksarzt in Günzburg i. Schwaben (1915).
75. - Philipp, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Liegnitz (1916).
76. - Rank, Obermedizinalrat in Friedrichshafen (Württemberg), früher Direktor der Landesirrenanstalt in Weissenau (1916).
77. - Rauch, Bezirksarzt in Allstedt i. Sachsen-Weimar (1915).
78. - **Rauhut,** prakt. Arzt in Eberswalde (Reg.-Bez. Potsdam), staatsärztlich approbiert, gefallen (1916).
79. - Reinkober, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Trebnitz i. Schl. (1915).
80. - **Rheinen,** Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Herford; im militärischen Heimatsdienst gestorben (1915).
81. - Ritter, Geh. Ob.-Med.-Rat, Landphysikus a. D. in Oldenburg (Großherzogtum) (1914).
82. - Rittmayer, Bezirksarzt in Mainburg i. Niederbayern (1914).
83. - Roehler, Med.-Rat, Bezirksarzt in Apolda i. Thüringen (1914).
84. - Roggenbau, Ob.-Med.-Rat in Strelitz (1915).
85. - Roller, Med.-Rat, Kreisarzt i. Trier (1914).
86. - **Schmidt,** Med.-Rat, Kreisarzt in Warendorf (Westfalen), als Kreisarzt in Russisch-Polen gestorben (1916).
87. - Schmidt, Kreisarzt in Pleschen i. Posen (1915).
88. - Schmitt, Josef, Bezirksarzt in Füssen i. Schwaben (1914).
89. - Schnelle, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Hildesheim (1914).
90. - Schöppner, Bezirksarzt in Friedberg i. Oberbayern (1914).
91. - Schuchhardt, Prof., Geh. Med.-Rat, Mitglied der Medizinal-Kommission und Direktor der Staatsirrenanstalt in Gelsheim bei Rostock (1914).
92. - Schulz, Matthias, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt und Direktor der Königl. Impfanstalt in Berlin (1915).
93. - Schweitzer, Kreisarzt in Kattowitz i. Schlesien (1914).
94. - Springfeld, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Osnabrück (1915).
95. - Stofer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kehl i. Baden (1914).
96. - Süßkind, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Schwäb.-Hall i. Württ. (1915).
97. - Tenholt, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Münster i. W., früher in Arnsberg (1915).
98. - Thiele, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Cochem i. Rheinland (1914).
99. - Toebben, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Recklinghausen (1914).
100. - Utz, Reg.- u. Med.-Rat in Augsburg (1914).
101. - Walcher, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Erstein i. Els.-Lothr. (1915).
102. - Wallichs, Geh. San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Altona (1916).
103. - Wege, Med.-Rat, Kreisarzt in Gummersbach (1916).
104. - Werner, Bez.-Arzt in Gerolshofen (1916).
105. - Wiedner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Kottbus (1916).
106. - Wilcke, Kreisarzt in Konitz i. Westpreußen (1915).

Die **Einnahmen** stellen sich wie folgt:

	1913	1914	1915
Bestand	4733,64 M.	2676,57 M.	4077,94 M.
Mitgliederbeiträge	10316,00 „	10306,00 „	10158,00 „
Zinsen u. sonstige Einnahmen	238,62 „	231,27 „	262,65 „
Zusammen:	15288,26 M.	13213,84 M.	14498,59 M.

Die **Ausgaben** betragen für

	1913	1914	1915
Zeitschrift und Drucksachen	9551,05 M.	7709,80 M.	7170,00 M.
Versammlung	1009,26 „	—	—
Reisekosten, Bureauaufwand und sonstige Ausgaben	2051,38 „	1426,10 „	484,30 „
Zusammen:	12611,69 M.	9135,90 M.	7654,30 M.

Das **Vermögen** des Vereins betrug demnach am Jahresschluß 1913: 2676,57 M., 1914: 4077,94 und 1915: 6844,29 M. Von diesem Betrage sind 3950 M. (Nennwert 4000 M.) in Kriegsanleihe belegt, der Rest bar oder als Bankguthaben vorhanden. Dazu kommen noch 240 M. rückständige Beiträge von Mitgliedern, die im Felde stehen.

Die Rechnungen und Belege sind ebenso wie die Kasse von zwei Vereinsmitgliedern geprüft und richtig befunden.

Minden i. W., den 15. August 1916.

Der Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.:
Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Geschäfts- und Kassenbericht des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1915.[1])

Die **Mitgliederzahl** betrug am Ende des Jahres 1914 864; davon sind im Laufe des Jahres 20 gestorben, 19 endgültig oder einstweilen (während des Krieges) ausgetreten; neuaufgenommen sind infolge des Krieges nur wenige Mitglieder (6), so daß die Zahl der Mitglieder am Schluß des Jahres auf 831 gesunken war. Sie hat seitdem durch Tod (15) und Austritt (18) eine weitere Abnahme, dagegen nur 2 Zugänge erfahren und beträgt daher zurzeit (1. August 1916) nur noch 800.

Die Namen der Verstorbenen sind aus dem vorstehenden Geschäftsbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins ersichtlich.

Die **Einnahmen** stellen sich wie folgt:

Mitgliederbeiträge für 1915 bezahlt:	11 340 M.	
ausstehend:	1 350 „	
Reste aus 1914:	30 „	
		12 720,00 M.
Zinsen und sonstige Einnahmen		481,04 „
	Zusammen:	13 201,04 M.
Die **Ausgaben** betragen		11 493,33 „
	Bleibt ein Ueberschuß von	1 707,71 M.

Durch diesen Ueberschuß erhöht sich das bisherige **Vereinsvermögen** (5796 M. nach Abzug von 45 Mark niedergeschlagener Reste) auf 7003,71 Mark; davon sind 4385 Mark

[1]) Da auch in diesem Jahre wegen des Krieges eine Versammlung nicht abgehalten werden kann, hat der Vorstand beschlossen, den für 1915 fälligen Geschäfts- und Kassenbericht in der Zeitschrift für Medizinalbeamte zu veröffentlichen, nachdem die Abrechnung von zwei Mitgliedern des Vereins geprüft ist.

(Nennwert 4500 M.) in Kriegsanleihe angelegt, 1507,50 Mark noch ausstehende Beträge (darunter 157,50 M. aus dem Jahre 1914) und 1111,21 Mark bei der Sparkasse bezw. bei der Bank zinsbar belegt.

Die Abrechnung nebst allen Rechnungen und Belegen ist ebenso wie die Kasse von zwei Vereinsmitgliedern geprüf und richtig befunden.

Minden i. W., den 15. August 1916.

Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.:

Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Geschäftsbericht über die Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1915.

Ebenso wie bisher haben auch im Berichtsjahre die Herren Regierungs- und Medizinalräte der Stiftung ein reges Interesse zugewandt, wofür ihnen der Vorstand seinen herzlichsten Dank ausspricht mit der Bitte, auch fernerhin der Stiftung ihr Wohlwollen zu widmen. Durch ihre treue Mitarbeit hat sich die Mitgliederzahl um 22 erhöht und beträgt jetzt 331 gegen 309 im Vorjahre.

Am 7. Mai 1915 hatte sich der Vorsitzende der Stiftung im Auftrage des Vorstandes an die Medizinalbeamten gewandt mit der herzlichen Bitte, durch Gewährung eines einmaligen außerordentlichen Beitrages die Mittel der Stiftung zu erhöhen, damit sie ihrer Aufgabe einer Unterstützung bedürftiger Kollegen und ihrer Hinterbliebenen mehr als bisher gewachsen bliebe. Sein Aufruf an die Opferwilligkeit der Kollegen hat, obwohl diese von vielen Seiten in der Kriegszeit in Anspruch genommen ist, das sehr erfreuliche Ergebnis gehabt, daß neben den Jahresbeiträgen von rund 2987 M. an außerordentlichen Beiträgen rund 3542 M. der Stiftung zugeflossen sind. Für diese große Opferwilligkeit spricht der Vorstand allen Spendern seinen wärmsten Dank aus.

Die Jahresrechnung[1]) schließt ab, wie folgt:

a. Einnahme.

Bestand aus dem Vorjahre	1661,24 M.
Jahresbeiträge für 1915	2987,15 „
Einmalige Beiträge	3542,05 „
Zinseneinnahme	1352,46 „
Zusammen	9542,90 M.

[1]) Die Jahresrechnung ist inzwischen von den Mitgliedern Geh. Med.-Rat Dr. Nünninghoff, Kreisarzt in Bielefeld, und Kreisarzt Dr. Loer in Paderborn geprüft und als richtig befunden worden.

b. Ausgabe.

Gewährte Unterstützungen	900,00 M.
Kapitalanlage	7716,00 „
Porto, Schreibgebühren, Drucksachen usw. . .	54,05 „
Zusammen	8670,05 M.
Bleibt Kassenbestand	872,85 M.

Das Vermögen der Stiftung betrug am 31. Dezember 1915:

1. Zinstragende Wertpapiere:	
a. aus dem Vorjahre übernommen:	
$3^1/_2$ % Preußische Staatsanleihe	10 000,00 M.
4 % „ „	14 000,00 „
4 % Deutsche Reichsanleihe	2 000,00 „
5 % „ „	1 000,00 „
4 % Westfälische Provinzialanleihe . .	4 000,00 „
4 % Pommersche Provinzialanleihe . . .	1 000,00 „
b. im Berichtsjahre beschafft und angekauft:	
5 % Deutsche Reichsanleihe	8 000,00 „
2. Kassenbestand	872,85 „
Zusammen	40 872,85 M.
Vermögensbestand am 31. Dezember 1914:	33,661,24 M.
Mithin mehr:	7 211,61 M.

24000 M. $3^1/_2$ bezw. 4 % Preußische Staatsanleihe sind auf den Namen des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in das Staatsschuldbuch, 2000 M. 4 % und 1000 M. 5 % Deutsche Reichsanleihe desgleichen in das Reichsschuldbuch eingetragen. 5000 M. 4 % Provinzialanleihe sind bei der Rheinisch-Westfälischen Diskonto-Gesellschaft in Gütersloh hinterlegt. Der Zinsertrag der Wertpapiere, von denen bei 7000 M. 5 % Reichsanleihe der Zinsgenuß erst am 1. Oktober 1916 beginnt, beträgt 1640 Mark gegen 1240 Mark im Vorjahre.

Unterstützungen sind ebenso wie im Vorjahre im Betrage von 900 M. gewährt, und zwar an 3 Witwen von Medizinalbeamten mit je 300 M. Für das laufende Jahr ist aber bereits im ersten Vierteljahr eine Ausgabe in der gleichen Höhe entstanden; desgleichen sind seit dem noch verschiedene begründete Anträge auf Unterstützung eingegangen, so daß sich in dem neuen Geschäftsjahre die Ausgaben für Unterstützungen sehr erheblich steigern werden.

Minden i. W., den 1. September 1916.

Der Vorstand der Jubiläumsstiftung.

I. A.:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**-Minden i.W., Vorsitzender.

Geh. Med.-Rat Kreisarzt Dr. **Schlüter**-Gütersloh, Schrift- u. Kassenführer.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 18. Ausgegeben am 20. September 1916.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 18.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: den Mitgliedern des Medizinalkollegiums der Provinz Westpreußen Med.-Rat Prof. Dr. Barth und Prof. Dr. Valentini in Danzig; — der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hasse in Breslau.

Ernannt: Die Kreisassistenzärzte Dr. Schwer in Danzig zum Kreisarzt in Berent, Dr. Döllner in Marburg zum Gerichtsarzt in Duisburg, Dr. Rudolphy in Genthin zum Kreisarzt in Witzenhausen, Dr. Mohr in Prostken zum Kreisarzt in Strasburg (Westpr.), Dr. Wengel in Sierakowitz zum Kreisarzt in Culm, Dr. Schrammen in Königsberg i. Pr. zum Kreisarzt in Mayen, Dr. Mangelsdorf in Lupow zum Kreisarzt in Czarnikau, Dr. Goos in Gifhorn zum Kreisarzt in Segeberg, Dr. Kirchbach in Kaukehmen zum Kreisarzt in Ragnit, Dr. Schafft in Cassel zum Kreisarzt in Heiligenstadt, Dr. Franz Schulz in Gumbinnen zum Gerichtsarzt in Gleiwitz, Dr. Weber in Dortmund zum Kreisarzt in Goldberg i. Schl., Dr. Schieder in Bochum zum Kreisarzt in Pleschen, Dr. Willimsky in Prechlau zum Kreisarzt in Rosenberg i. Westpr., Dr. Seiffarth in Königsberg i. Pr. zum Kreizarzt in Wehlau, Dr. Sage in Magdeburg zum Kreisarzt in Osterburg, Dr. Kloninger in Potsdam zum Kreisarzt in Ardenau und Dr. Schirow in Harburg zum Kreisarzt in Gummersbach, der prakt. Arzt Dr. Zimdars in Strasburg in Westpreußen zum Kreisassistenzarzt unter Beauftragung mit der Vertretung des dortigen Kreizarztes.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Köster in Adenau nach Frankenstein i. Schles. und Kreisarzt Dr. Emil Schroeder von Rosenberg i. Westpr. nach Konitz.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das König Ludwig-Kreuz: den Bezirksärzten Dr. Schmidtlein in Beilngries, Dr. Aumüller in Garmisch, Med.-Rat Dr. Eidam in Gunzenhausen, Dr. Erhard in Aichach, Med.-Rat Dr. Graßler in Berchtesgaden, Dr. Hausmann in Dachau, Dr. Hug in Donauwörth, Med.-Rat Dr. Moeges in Tirschenreuth, Dr. Putscher in Schongau, Dr. Schmitz in Starnberg und Dr. Uebl in Amberg, den Landgerichtsärzten Med.-Rat Dr. Wollenweber in Neuburg a. D. (Schwaben) und

(Fortsetzung der Personalien auf der letzten Seite des Umschlags.)

Dr. Kreuz in Memmingen sowie den bezirksärztlichen Stellvertretern Dr. Pollmann in Thürnau und Dr. Leverin in Hollfeld.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Schmahl in München und Med.-Rat Dr. Steinhuber, Bezirksarzt in Passau.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Geheimer Hofrat: dem Prof. Dr. M. Hahn, Direktor des Hygienischen Universitätsinstituts in Freiburg i. Breisgau.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Riedel in Jena.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Passau** und **Hof.** Bewerbungen sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

29. Jahrg. 1916

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 18. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Sept.

Unzureichende Gesetzgebung.

Von Geh. Med.-Rat Dr. H. Räuber, Regierungs- und Medizinalrat in Erfurt.

Ein altes Sprichtwort sagt: „Die Gesetze sind dazu da, um umgangen zu werden.“ So widersinnig dies klingt, so kann man in bezug auf unseren Arzneimittelverkehr nur sagen, daß es eine Klasse von Personen gibt, die sich die Umgehung der gesetzlichen Bestimmungen zu nutze machen und Spezialisten darin geworden sind. Täglich kommen neue Arzneimittel auf den Markt und werden anstandslos angekündigt, gleichviel, ob sie starkwirkende Mittel enthalten oder nicht. In unserer Geheimmittelliste stehen sie nicht, aber diese ist jetzt maßgebend, während früher nach den Polizeiverordnungen von 1888 die Ankündigung von Heilmitteln, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben und ersichtlich war, verboten war. Das war eine ganz gute Bestimmung. Freilich hatte sie auch Nachteile, da die Zusammensetzung in ganz kleiner Schrift abgedruckt wurde und das Publikum darüber hinweglas, auch eine ganze Anzahl Mittel, die man treffen wollte, nicht getroffen wurde.

Jetzt kann man Ankündigungen nur beanstanden auf Grund prahlerischer, über den wahren Wert hinausgehender Reklame, auf Grund des Betrugsparagraphen und des Gesetzes über den unlauteren Wettbewerb.

Wie schwierig dies ist, habe ich 1914 in Heft 12 dieser Zeitschrift auseinandergesetzt. Nachträglich sei hier noch berichtet, daß meinem Antrag auf Bestrafung des Redakteurs wegen Anpreisens von Boraniumbeeren von der Staatsanwaltschaft keine Folge gegeben, vielmehr das Verfahren eingestellt wurde, weil ursprünglich das Vorverfahren gegen einen nicht in Betracht kommenden Redakteur gerichtet und gegen den verantwortlichen Redakteur die Sache verjährt war.

Daß die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 sich häufig umgehen läßt, ist ja bekannt. Sie bringt uns eine Liste der den Apotheken vorbehaltenen Mittel, also eine negative Liste, statt einer positiven der dem freien Verkehr überlassenen Mittel; die in der jetzigen Verordnung aufgeführten Ausnahmen sind nur verschwindend klein.

Werden die Mittel nicht als Heilmittel, sondern als Vorbeugungsmittel, Stärkungsmittel, Desinfektionsmittel, kosmetische Mittel feilgehalten und verkauft, so sind sie im allgemeinen frei; gewisse kosmetische Mittel sind sogar gemäß § 1 der Verordnung als Heilmittel freigegeben. Das erscheint widersinnig; man kann es daher verstehen, wenn die Gerichte eine ganz unsichere und schwankende Rechtsprechung einnehmen. Freilich erkennen diese mitunter ganz klar, daß eine Umgehung des Gesetzes beabsichtigt ist und vorliegt und daß das Mittel seiner ganzen Beschaffenheit und Wirkung nach nichts anderes als ein Heilmittel ist, nur als solches angesehen werden kann und daß seine Abgabe unter allen Umständen strafbar ist.

Um über die einzelnen Mittel hinsichtlich ihrer Freiverkäuflichkeit und Nichtfreiverkäuflichkeit entscheiden zu können, muß man die ganzen Gerichtsentscheidungen studieren und Listen der freigegebenen und nicht freigegebenen Arzneimittel aufstellen. Ich habe mich bemüht, solche Aufstellungen in meinem Buch „Medizinalwesen in Preußen“ zu machen und durch Nachträge auf dem Laufenden zu erhalten; die Mühlen der Gerichte mahlen aber langsam und ehe gerichtliche Entscheidungen ergehen, hat der Fabrikant sein Geschäft gemacht. Dieser Uebelstand ist ja bekannt; es liegt deshalb ein dringendes Bedürfnis vor, die Kaiserliche Verordnung zu ändern.

Im Nachstehenden möchte ich ein Beispiel bringen, das für eine Uebervorteilung des Publikums und eine im großen Maßstabe versuchte und betriebene Umgehung des Gesetzes charakteristisch ist und das deshalb besondere Beachtung verdient, weil bei der Strafanzeige die Polizei- und Gerichtsbehörden nicht, wie erwartet, eingriffen, und sich nur sehr ungern mit diesem heiklen und zum Teil nicht genügend bekannten Teile der Gesetzgebung befaßten.

In einem kleinen Orte N. des Regierungsbezirks Erfurt, der mit einer konzessionierten Apotheke versehen ist, kam der eine dort ansässige Arzt darauf, der Apotheke eine Konkurrenz zu schaffen, indem er seinen Schwager im Jahre 1912 veranlaßte, in diesem Ort eine Drogerie zu errichten, angeblich, weil der Apothekenbesitzer nicht sehr entgegenkommend gegen ihn gewesen war und seine Patienten öfters hatte warten lassen, nach einer anderen Lesart, weil der Apothekenbesitzer seine Apotheke dem späteren Drogisten nicht hatte verkaufen wollen. Jedenfalls war die Absicht einer Konkurrenz unverkennbar und wurde auch vor Gericht zugegeben; es wurde auch erreicht, daß der Apothekenbesitzer seine Apotheke verkaufte und den Ort verließ.

Der Plan war ganz gut ausgedacht, nun galt es, dem Gesetz ein Schnippchen zu schlagen. Der Arzt, mehrfacher Kassenarzt, verschrieb für mindestens 5 Krankenkassen Rezepte und schickte die Kranken in die Drogerie zur Anfertigung der Rezepte, während die Apotheke so gut wie boykottiert wurde. Da der Drogist geprüfter Apotheker war, so wußte er, daß er nur solche Arzneimittel verabfolgen durfte, die dem freien Verkehr überlassen sind. Nun wurden massenweise verordnet stets auf Rezept mit Aufdruck „ärztliche Verordnung“ mit Datum, Namen des Kranken und der Krankenkasse, Gebrauchsanweisung, Unterschrift des Arztes: Pepsinwein, Ol. Ricini, Spir. aromaticus, Sir. Ribi nigri, Unguentum leniens, Sir. simplex, Tr. Episcopalis, Mel foeniculi, Mel rosatum, Sanguis uvarum, Aqua foeniculi, Linimentum ammoniatum u. a. m. Die Kaiserliche Verordnung läßt ja eine ganze Anzahl von Mitteln frei und von diesem Umstande wurde Gebrauch gemacht. Diese Mittel wurden aber nicht etwa als Handverkaufsartikel, sondern weil auf Rezept verschrieben, genau als Rezept nach der Arzneitaxe berechnet, genau nach Einzelpreisen, mit dem Namen des Rezeptars und der Gesamtsumme auf dem Rezept versehen. Es kam auch nicht darauf an, daß die Taxe überschritten wurde, denn diese ist ja nur für Apotheker da, nicht aber für einen Drogisten, auch wenn er als Apotheker geprüft ist und mit der Taxierung Bescheid weiß. So wurde u. a Linimentum ammoniatum 150,0, das im Handverkauf des Apothekenbesitzers 0,60 M. kostet, wiederholt mit 1,55 M. berechnet und die Arzneitaxe um 0,65 M. überschritten. Aqua foeniculi 200,0 Augenwasser, das im Handverkauf für 0,35 M. abgegeben wird, wurde mit 1,60 M. berechnet und hierbei die Taxe um 1,05 M. überschritten. So kommen, wenn man die für solche Rezepte berechneten Summen zusammenzählt, erheblich höhere Zahlen heraus als bei Bezug aus einer Apotheke, in der auch die auf Rezept verschriebenen Handverkaufsartikel für Kassenmitglieder nach der billigen Handverkaufsliste berechnet werden.

Aber man ging noch weiter: Mittel, von denen es zweifelhaft war, ob sie auf Rezept abgegeben werden durften, wurden mit einem kleinen Vermerk versehen, um nicht als Heilmittel

angesehen zu werden. So wurde der Zusatz „tonic." bei Tr. ferri aromatica und bei Emulsio Jecoris aselli 200,0, 3mal täglich 1 Kaffeelöffel, gemacht, „zur Desinfektion" bei Karbolglyzerin 3 %, „Ohrtropfen" bei Sol. Natr. carbon. 1 : 50, „Desinfektionsmittel" bei Unguentum Amyloformii und bei Pasta aseptica F. M., „Destilliert" bei Choleratropfenoder Tr. antidiarrhoica F. M., „zur Erfrischung" bei Mentholschnupfpulver.

Man ging sogar noch einen Schritt weiter: Rezepte, die ganz offenbar nur den Apotheken vorbehaltene Arzneien enthielten, wurden einfach abgeändert und zwar meist in so versteckbar und vorsichtiger Weise durch Veränderung der Buchstaben mit Bleifederschrift oder Tinte, daß es mitunter sehr schwer hielt, das ursprünglich verschriebene Mittel zu erkennen und herauszubringen. Trotzdem gelang dies doch in vielen Fällen. So wurde gemacht aus:

Natr. salicyl: Acid. salicyl.
Vasolimentum jodati: Ol. olivar. viridi.
Sir. Rhei: Sir. Rib. nigr.
Pil. contra tussim F. M.: Droginalpastillen.
Brusttee: Herba Galeopsidis.
Unguentum boricum und U. Plumbi: Unguentum leniens.
Mixtura Pepsini F. M. d. I. 2stdl. 1 Eßlöffel (1,05 M.): Vini Pepsini (2,05 M.).
Infus. laxans F. M. d. I 2stdl. 1 Eßlöffel: Ol. Ricini 200,0.
Mixtura vinosa F. M. d. I (0,95 M.): Vini Pepsini (2,05 M.).
Unleserlich: Bismuth subnitr., 12 Pulver (1,35 M).
Mixtura acidi hydr. F. M. wurde einfach gestrichen.
Linimentum Chloroformii F. M. d. I.: Linim. ammoniat.
Decoct. cort. Chalisayae F. M. d. I (0,84 M.): Vini Pepsini 200 (2,05 M)
Sol. Kali chlorici 20/500 zum Gurgeln: Kali chlor. 50,0.
Unguentum Kalii jodati: Unguentum Adipis lanae.
Mixt. stib. solv. F. M. d. I (0,90 M.): Mel foeniculi (2,05 M.).
Decot. cort. Condurango (0,95 M.): Vini Pepsini (2,05 M.).
Emulsio Ricinosa F. M. d. I } : Ol. Ricini 200,0 und
Tr. Opii 2,0 } : Tr. Opii einfach gestrichen.
Coffeini 0,5 t. d. N. VIII: Novaspirin.
Vini ferri comp sacch.: Tr. aromatica.
Collemplastrum Capsici: Collempl. Picis Burgund
Mixtura acid. hydr. F. M. d. I (0,70 M.): Vini Pepsini (2,05 M.).
Liquor pectoralis F. M. d. I (0,85 M.): Mel foeniculi (1,60 M).
Unleserliche Lösung 0,5, 200 Augentr.: Aqua foeniculi.
Ol. Chloroformii: Spir. aromaticus.
Sol. Alcoli ½ %, 500,0: Liqu. Aluminis acetici 500,0.

Aber auch andere Mittel wurden abgegeben, so Bioglobin in großer Menge, Novaspirin und Bismuth subnitr. in Pulvern, Laxinkonfekt und Laxinfruchtbonbons, Vinum Rhei, Stomantabletten, Mentholdragues, Lichen island., Unguentum Wolff, Kali chlor, Liquor Plumbi subacetici, Sol. Hydrargyri oxycyanati 1 : 500, Nural.

Die Namen einer Reihe von Mitteln blieben anfangs im dunkeln gehüllt. Später habe ich ermittelt, daß von diesem Bisanna, ein Gallensteimittel, aus Rhiz. Rhei, Tub. Jalap., Natr. carbon. āā 4,0 Sacch. alb. 80,0 Essentia aromatica q. s. ut. f. mod. special. Sirup 145 besteht.

Sicherlich war das Geschäft ein einträgliches und wohl geeignet, der Apotheke eine empfindliche Konkurrenz zu machen und ihre Lebensfähigkeit in Frage zu stellen, einträglich auch insofern, als bei der Preisberechnung die für Apotheken billigeren Taxvorschriften nicht beachtet wurden.

Das Einschreiten der Behörden. Am 1. August 1913 machte der Apothekenbesitzer in N. Anzeige bei der Staatsanwaltschaft, daß der Drogist D. in N. fortgesetzt Rezepte nach Verordnung seines Schwagers anfertige, die er auch wie ein Apotheker mit Signatur versehe, und zwar auch Mischungen, die auf der Signatur anders bezeichnet seien als in der Flasche vorhanden. Diese bis dahin nicht erwiesene Annahme erklärte sich nach dem Vorstehenden unschwer wohl aus dem Umstande, daß die Rezepte abgeändert und ganz andere Arzneien als verschrieben abgegeben wurden. Der Apotheker beantragte Haussuchung und Beschlagnahme der Rechnungen und Rezepte.

In der Tat, aus einer solchen Maßregel hätte sich sofort und vollständig das ganze Beweismaterial gegen den Drogisten und seine Handlungsweise ergeben. Aber hiervon geschah nichts. Der Staatsanwalt gab die Sache an den Amtsanwalt, dieser dem Amtsvorsteher zur Vernehmung des angeschuldigten Drogisten ab, und diese Vernehmung geschah noch, ehe der Regierungspräsident von der Anzeige Kenntnis erhielt. Die beim Regierungspräsidenten eingelaufene Anzeige hatte zur Folge, daß der Kreisarzt auf schleunige Revision und Haussuchung hingewiesen wurde, die er beim Amtsanwalt beantragen und mit Hilfe eines pharmazeutischen Revisors baldmöglichst vornehmen sollte. Der Kreisarzt aber, der den Drogisten aus der Drogerie her wohl nicht genügend kannte, nahm die Revision erst am 10. Oktober 1913 vor und zwar unter Zuziehung eines für diesen Zweck ungeeigneten Apothekers, nachdem ein pharmazeutischer Revisor seine Beteiligung wegen Bekanntschaft mit dem Drogisten abgelehnt hatte. Die Revision brachte nichts Wesentliches zutage, von einer Haussuchung usw. wurde überhaupt Abstand genommen und auf die Anfertigung von Rezepten legte die Revisionskommission im Gegensatz zu Ziff. 8 Abs. 5 der Anweisung zur Besichtigung der Drogenhandlungen vom 22. Dezember 1902 keinen besonderen Wert. Nur ein paar Rezepte führte sie in ihrem Protokoll an sowie einige Arzneimittel und Gifte. In der vorhergegangenen Vernehmung hatte der Drogist geäußert, daß alle für die Kassen angefertigten Rezepte nur freigegebene Mittel enthielten.

Somit wäre das ganze Verfahren gegen den Drogisten aussichtslos gewesen, ja der Kreisarzt hatte die feste Ueberzeugung geäußert, daß gegen den Drogisten nichts zu machen sei, wenn sich nicht mehr Material gefunden hätte. Dies fand sich jedoch, so daß der Regierungs- und Medizinalrat nach Anfrage des Amtsanwalts ein Gutachten an das ersuchende Amtsgericht erstatten konnte, nachdem unter großen Schwierigkeiten mehr Material,

insbesondere die für die Kassen angefertigten Rezepte nach und nach zusammengeholt waren.

In einem ausführlichen Gutachten wurde auf Grund der Einsicht von vielen hunderten Rezepten unter ausführlicher Begründung und Belegung zahlreicher Reichsgerichtsentscheidungen dargelegt, daß es sich um verschiedene Verfehlungen handelte:

1. gegen die Polizeiverordnung vom 22. Februar 1906 über den Handel mit Giften;

2. gegen die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901;

3. gegen § 147,1 G.O. in Verbindung mit § 456 IIb Allg. Landrechts betr. Führung einer Apotheke ohne Konzession hierzu;

4. gegen die §§ 263, 267 und 268 Str.G.B. und § 49 Str.G.B. Betrug und Urkundenfälschung.

Auch das Gewerbsmäßige in der Handlungsweise und die gewinnbringende Absicht wurden näher dargelegt, auch daß alle Mittel, weil auf Rezept für Kranke verordnet, nach der Art ihrer Verschreibung als Heilmittel anzusehen seien.

Bezüglich des Punktes 3 wurde auf das Urteil des Landgerichts Lyck vom 30. Juli 1901 (Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1901, Nr. 22, S. 724) und das Erkenntnis des Oberlandesgerichts Hamburg vom 27. Februar 1911 (ebenda; 1911, Beilage Rechtsprechung usw. zu Nr. 11, S. 71) hingewiesen und betont, daß die ganze Tätigkeit des Drogisten als eine Ausübung des Apothekengewerbes angesehen werden müßte, weil er die Rezepte aufgelöst, die Mengen der Bestandteile festgestellt und abgewogen, Salben, Lösungen zubereitet, abgeteilte Pulver dispensiert und nach der Arzneitaxe den Preis des Mittels, die Dispensationsgebühr, die Zubereitung einer Mehrheit von Pulvern, den Preis des Glases oder der Schachtel vermerkt und die Arzneibehälter mit Gebrauchsanweisung versehen hätte.

Betreffs des Punktes 4 nahm ich bezug auf die Reichsgerichtsentscheidungen vom 12. Oktober 1888 und 3. Nov. 1913 (Zeitschrift f. Med.-Beamte; 1890, S. 12 und 1913, Beilage Rechtsprechung usw. zu Nr. 24, S. 279).

Aber was geschah hierauf?

Der Erste Staatsanwalt konnte den Tatbestand des Betruges und der Urkundenfälschung nicht erkennen und stellte das Verfahren dieserhalb ein. Urkundenfälschung liege nicht vor. In der Begründung heißt es:

„Der Arzt G. hat behauptet, daß die Aenderungen auf den Rezepten größtenteils von ihm eigenhändig vorgenommen sind. Bei einigen anderen Rezepten hat der beschuldigte D. mit ausdrücklicher Zustimmung G.s die Aenderung vorgenommen. Nur bei einem Rezept steht fest, daß der Zusatz „zur Desinfektion“ ohne G.s ausdrückliche Genehmigung gemacht ist. Der Zusatz entsprach aber G.s Absichten, sollte gar nicht die Verschreibung G.s ändern und war nach dessen Ansicht selbstverständlich. Zu diesem Falle hat also dem Beschuldigten die rechtswidrige Absicht gefehlt. Bei den übrigen Aenderungen war er entweder nicht der Täter oder er war zur Aenderung befugt.“

Gegen diesen Bescheid des Ersten Staatsanwalts wurde gemäß § 170 Str.Pr.O. Beschwerde bei dem Oberstaatsanwalt eingelegt. Es wurde hierbei außerdem darauf hingewiesen, daß bei Abgabe der abgeänderten Mittel erheblich höhere Preise erzielt wurden, als bei Abgabe der ursprünglich verschriebenen Mittel. Auch erschien es ausgeschlossen, daß der Beschuldigte ein für allemal Vollmacht gehabt habe, jedes Rezept nach seinem Belieben in wesentlicher Form zu ändern. Im übrigen würde aber mindestens — eine solche Vollmacht vorausgesetzt — ein Betrug gegenüber dem jeweiligen Kranken in Frage kommen.

Der Oberstaatsanwalt wies die Beschwerde als unbegründet zurück. Es heißt in dem Schreiben:

„Zum Tatbestande der Urkundenfälschung wird eine rechtswidrige Absicht erfordert. Eine solche ist aber nicht nachzuweisen, da die Aenderungen auf den Rezepten entweder von dem Aussteller, nämlich dem Arzt G. selbst, oder von dem Beschuldigten, jedoch in ausdrücklichem oder vermutendem Einverständnis mit G. erfolgt sind. Auch der Tatbestand des Betruges kann nicht in Frage kommen, da kein Irrtum über das gelieferte Mittel oder die Höhe des Preises erregt worden ist."

Hiergegen wurde eine neue Eingabe an das Oberlandesgericht gemacht und die Angelegenheit ausführlich dargelegt und begründet. Insbesondere wurde auch darauf hingewiesen, daß das Vermögen der Kranken bezw. der Krankenkassen dadurch geschädigt wurde, daß sie in vielen Fällen höhere Preise zahlen mußten, als wenn ihnen das vom Arzt ursprünglich verordnete Mittel verabreicht worden wäre. In dem Kranken bzw. bei den Krankenkassen wurde dadurch, daß die Rezepte später heimlich abgeändert wurden und ihnen damit vorgespiegelt wurde, sie erhielten wirklich das ihnen in ihrer Gegenwart verordnete Mittel, eine irrige Vorstellung von Tatumständen erregt bezw. unterhalten, denn sie sind über die vorzunehmenden Aenderungen offenbar niemals befragt worden. Auf Einsichtnahme der Rezepte und einzuholende Gutachten von Schreibsachverständigen wurde ebenfalls hingewiesen.

Die öffentliche Anklage wegen Betrugs und Urkundenfälschung wurde aber nicht erhoben. Der Antrag wurde vom Oberlandesgericht am 27. Mai 1914 aus folgenden Gründen als unzulässig verworfen:

„Die Königliche Regierung in Erfurt ist im vorliegenden Falle nicht als Verletzter im Sinne des § 170 Str.P.O. anzusehen. Als Verletzter kann nur der gelten, dessen Rechtssphäre verletzt ist; eine bloße Interessenverletzung genügt nicht. Das Delikt muß eine individuelle Beziehung zu der Person des Antragstellers haben. Dies ist aber bei den dem Angeklagten zur Last gelegten Betrugsfällen und Urkundenfälschungen gegenüber der Person des Antragstellers nicht der Fall."

Die Behauptungen des Drogisten und des Arztes, daß die Aenderungen im Einverständnis und im Auftrage des Arztes vorgenommen seien, muß sehr auffallend erscheinen; denn es hat doch keinen Sinn, so viele Rezepte über nicht freigegebene Arzneien zu verschreiben, um sie nachträglich in harmlose, ganz anders wirkende, aber teuere Mittel umzuändern; ander-

seits bekamen die Kunden nicht die ihnen verschriebene Arznei, auf die sie Anspruch hatten, sondern ganz etwas anderes. Die Kranken wurden also getäuscht. Daß der Drogist an die Arzneitaxe nicht gebunden sei, sondern Preise nehmen könne, wie er wolle, hat dieser selbst zugegeben, und zwar mit einer gewissen Berechtigung, denn die Arzneitaxe ist bekanntlich nur für Inhaber einer Apotheke maßgebend.

Auffallend mußte es bei dieser Sachlage erscheinen, daß unsere Justizbehörden einen Verstoß gegen § 147, 1 G.O.: Führung einer Apotheke ohne Konzession, nicht annahmen; wenn ferner eine Anklage wegen Urkundenfälschung und Betrug abgelehnt wurde, so blieb nur noch die Hoffnung, daß wenigstens die Uebertretungen der Giftpolizeiverordnung und der Kaiserlichen Verordnung geahndet werden würden.

Wie weit dem Amtsanwalt die Durcharbeitung des ausführlich begründeten Gutachtens, das mit 11 Paketen von über 700 geordneten Rezepten versehen war, möglich war, kann hier nicht beurteilt werden, der Erfolg war jedenfalls der, daß er eines Tages (6. März 1914) das Verfahren einstellte und ohne weiteres abzuwarten, die Rezepte den Krankenkassen zurückgab. Gegen diese Einstellung wurde seitens des Regierungspräsidenten Beschwerde erhoben mit dem Erfolge, daß das Verfahren wieder aufgenommen wurde.

Aber Monat auf Monat verging und bei dem Nichteingreifen der Gerichtsbehörden sah sich der Regierungspräsident veranlaßt, auf dem Verwaltungswege einzuschreiten und die Untersagung des Handels mit Drogen und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, auf Grund des § 35 G.O. und des Handels mit Giften anzuordnen.

Dies traf den Drogisten. Nun verlegte er sich aufs Bitten und gab Irrtümer zu, beschwerte sich aber über die Anordnung des Regierungspräsidenten beim Oberpräsidenten ohne Erfolg. Er stellte jetzt den Verkauf von Giften ein; die Drogerie mit dem Handel mit Arzneimitteln übernahm nun seine Frau.

Inzwischen hatte jedoch der Staatsanwalt auf Veranlassung des Regierungspräsidenten das Verfahren wegen Uebertretung der Kaiserlichen Verordnung und der Giftpolizeiverordnung wieder aufnehmen lassen, nachdem der mittlerweile in den Krieg gezogene Amtsanwalt durch einen anderen ersetzt war, der mit der Durchsicht der außer Ordnung gekommenen Rezepten zweifelsohne wohl seine Schwierigkeiten gehabt haben mag. In der Schöffengerichtssitzung vom 27. Nov. 1914 waren nur 10 Punkte zur Anklage gestellt, die übrigen wegen Verjährung und aus anderen Gründen abgesetzt.

Die Uebertretungen bezogen sich auf die Abgabe von 1. Kali chloricum, 2. Bleiessig, 3. Bioglobin, 4. Nural, 5. Liq. ferri mangan sacch., 6. Collemplastrum Picis Burgund., 7. Choleratropfen, 8. Sol. Natr. carbon. (Ohrtropfen), 9. Blutreinigungstee, 10. Brusttee.

Das Schöffengericht sprach den Angeklagten wegen 6., 7., 9., 10. frei und verurteilte ihn wegen der übrigen 6 Punkte zu je 20 M. = 120 M. und die anteiligen Kosten.

Bei der Gerichtsverhandlung hatte der Verteidiger zunächst versucht, mich als „befangen", weil Beamter des Regierungspräsidenten abzulehnen. Bei der Freisprechung nahm das Gericht die Aussage des Angeklagten, daß statt Collemplastrum P. B. tatsächlich nur Heftpflaster ohne Kautschuk, statt Blutreinigungstee nur Faulbaumrinde, statt Brusttee nur Herba Galeopsidis, statt der gebräuchlichen Choleratropfen ein Destillat aus verschiedenen Tinkturen, wofür auch eine entsprechende gedruckte Ankündigung vorgezeigt wurde, abgegeben sei, als richtig an und ebenso, daß der verschwägerte Arzt bei dem Verhältnis, das zwischen den beiden bestand, wohl auch nichts anderes bei seiner Verschreibung hätte verstanden wissen wollen. Deshalb hatte es auch von dessen Vernehmung Abstand genommen.

Gegen das schöffengerichtliche Urteil legte der Angeklagte Berufung ein. Die Strafkammersitzung des Landgerichts am 12. März 1915 wurde vertagt, weil das Gericht den schon seit längerer Zeit im Felde befindlichen Arzt vernehmen wollte; zwei später anberaumte Termine wurden aus unbekannten Gründen aufgehoben, bis der Drogist etwa im August 1915 ebenfalls zu den Fahnen einberufen wurde.

Der Wunsch des Regierungspräsidenten einen Antrag auf Unterbrechung der Verjährung zu stellen, wurde anfangs vom Ersten Staatsanwalt abgelehnt, sodann aber einer nochmaligen Vorstellung des Regierungspräsidenten mit Hinweis auf den Justizministerial-Erlaß vom 27. Dezember 1911 (Justiz-Min.-Bl. S. 452 — Folge gegeben und ein Termin zur Hauptverhandlung auf den 17. Dezember 1915 angesetzt. Aber die Sache mußte nochmals vertagt werden, weil der Angeklagte dem Vernehmen nach von der Truppe keinen Urlaub erhalten hatte.

Schließlich erschien der Allerhöchste Gnadenerlaß vom 27. Januar 1916, so daß nunmehr auf Unterbrechung der Verjährung nicht mehr bestanden werden konnte und das Verfahren am 3. März 1916 eingestellt wurde.

Nebenbei sei noch bemerkt, daß bei einer anfangs Januar 1914 auf Veranlassung des Amtsrichters abgehaltenen Haussuchung in der Drogenhandlung zwar allerlei beanstandet und gefunden, daß aber der Drogist nur wegen Feilhaltens und Verkaufs von Capsicumpflaster in den Monaten Oktober, November und Dezember zu 5 M. Geldstrafe und die Kosten verurteilt wurde.

Das Verfahren auf Untersagung des Handels mit Drogen und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, hatte ebenfalls nicht ganz den gewünschten Erfolg.

Auf eine Verfügung des Amtsvorstehers vom 10. Juni

1914 in diesem Sinne, sowie auf Entziehung der Giftkonzession legte der Drogist Beschwerde beim Oberpräsidenten und später beim Minister ein. Zunächst übertrug er das Geschäft seiner Ehefrau, gegen die nun ebenfalls die Aufforderung zur Einstellung dieses Handels erging. Gegen die polizeilichen Anordnungen wurde Widerspruch erhoben. Da eine Revision am 25. Januar 1915 ergab, daß eine Einstellung des Betriebes nicht stattgefunden hatte, sollte nunmehr Klage auf Untersagung des Betriebes beim Kreisausschuß erhoben werden; hierzu ist es aber nicht gekommen. Der Kreisausschuß wollte erst den Ausgang des gerichtlichen Verfahrens abwarten, und schließlich hatte nach Fortgang des Drogisten die Ehefrau den Handel mit allen Drogen und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, eingestellt.

Nach der Revision am 25. Januar 1915, bei welcher noch allerlei Arzneimittel und Gifte gefunden wurden, wurde allerdings beim Amtsgericht Strafantrag wegen Feilhaltens von Giften gestellt, aber eine weitere Verfolgung der Angelegenheit war nicht möglich. Die Giftkonzession hatte der Drogist angeblich verbrannt.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich zur Genüge, wie schwer es mitunter hält, einer Handlungsweise, wie geschildert, rechtzeitig zu begegnen und die zweifellos strafbaren Handlungen genügend zu ahnden. Bedauerlich ist es, daß bei der geschilderten Handlungsweise recht große Kreise von Krankenkassen geschädigt wurden. Diese, die mit Vorliebe möglichst niedrige Arzneipreise erstreben und sich infolgedessen gerne den Drogisten zuwenden, hatten in diesem Falle bei dem Drogisten ihren Mann gefunden, der ihnen gehörige Preise machte; sie haben sich aber, obwohl geschädigt, nicht gemeldet. Meines Wissens hat nur eine Kasse die Bezahlung von Rechnungen abgelehnt, weil sie mit dem am Ort wohnenden Apotheker Abmachungen getroffen hatte und ihr die wunderlichen Rezepte aufgefallen waren.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Ausserordentliche Tagung des Deutschen Kongresses für innere Medizin in Warschau am 1. und 2. Mai 1916.

Berichterstatter: Kreisarzt Dr. **Rehberg**, z. Zt. in Warschau.

(Schluß.)

Dritte Sitzung am 2. Mai d. J., vormittags.

IV. Bauchtyphus im Kriege.

a. Da der erste Berichterstatter, Generalarzt Geheimrat Prof. Dr. v. **Krehl**-Heidelberg, am Erscheinen verhindert war, wird sein Referat vorgelesen. Es behandelt im wesentlichen die klinische Verlaufsweise des Typhus im Felde. Durch die schweren nervösen und seelischen Erschütterungen des Menschen, durch körperliche Ueberanstrengungen, Verletzungen, durch die von Grund auf veränderte Lebens- und Ernährungsweise wird trotz der weitgehenden Ausgleichungsfähigkeit der Körperzellen die Reaktion des menschlichen Körpers auf äußere Einflüsse im Kriege ganz allgemein in hohem Maße beeinflußt. Alle Infektionskrankheiten bieten daher eine solche Fülle

von verschiedenen Verlaufsarten dar, wie sie im Frieden nicht bekannt waren. Besonders scheint bei fieberhaften Erkrankungen die Beteiligung der Milz viel häufiger zu sein, als im Frieden. Auch beim Typhus ist ihre Schwellung erheblicher, als man es früher zu sehen gewohnt war, während dem Härtegrad eine wesentliche Bedeutung für die Diagnose nicht zukommt. Eine mäßige Milzschwellung findet sich oft schon bei mehrfach Schutzgeimpften, auch der Agglutinationstiter ist bei diesen vielfach erhöht, so daß die Diagnose des Typhus im Felde, wo er jetzt nur bei Geimpften vorkommt, sehr erschwert und oft nur dadurch ermöglicht ist, daß die besten Diagnostiker dort zur Verfügung stehen. Bazillen im Blut wurden bei schwer Erkrankten von Anfang an bis weit in die Krankheit hinein gefunden, einerlei, ob es sich um Geimpfte oder Nichtgeimpfte handelte. Agglutination fehlt selten und nur bei leichten Fällen. Die Dauer der Erkrankung beträgt 4—8 Tage bis zu vielen Monaten, so daß man bei letzteren von chronischem Verlauf sprechen muß. Rezidive waren häufiger als im Frieden. Es blieb nicht selten auch nach der klinischen Heilung eine Milzschwellung zurück. Eine häufige Nachkrankheit waren Schädigungen des Herzmuskels. Die Diät soll darauf hinstreben, starke Gewichtsverluste zu vermeiden, und deshalb aus Milch, Eiern, Mehlspeisen, Butter, Zucker und Wein bestehen. Ueber spezifische Heilmittel (Impfung mit abgeschwächten oder abgetöteten Bazillen, mit Rekonvaleszentenserum, Behandlung mit Albumosen) läßt sich ein abschließendes Urteil noch nicht abgeben.

b. Generalarzt Dr. Hünermann, Armeearzt einer Armee, zweiter Berichterstatter, behandelt besonders den Einfluß der Schutzimpfung auf Verhütung und Verlaufsweise des Unterleibstyphus auf Grund des riesigen Materials, das durch die Durchimpfung zuerst der von Typhus bedrohten oder bereits befallenen Truppen, später des gesamten Feldheeres, der Besatzungstruppen, Ersatzmannschaften in der Heimat und des Sanitätspersonals gewonnen wurde. Die Schutzimpfung wurde durchgeführt mit dem Kolle-Pfeifferschen Impfstoff und nach 6 Monaten wiederholt. Bei vielen Millionen von Impfungen wurden sehr selten Schädigungen, nie ein Todesfall beobachtet. Die Wirkung äußert sich im Anstieg des Agglutinationstiters, in einer mikroskopischen Veränderung des Blutbildes und in häufigem Auftreten einer mehrere Wochen anhaltenden Milzschwellung ähnlich wie bei der Typhuserkrankung selbst. Die Gruber-Widalsche Reaktion verliert daher bei Geimpften für die Diagnose ihre Bedeutung; ebenso gelingt die Züchtung von Bazillen aus dem Blut bei diesen schwerer. — Der Erfolg der Schutzimpfung war offensichtlich; dafür sprechen folgende Tatsachen: Die Zahl der Erkrankungen sank sofort nach Durchführung der Schutzimpfung; der stärkste Zugang an Typhus (Dezember 1914) war immer noch 14 mal kleiner, als der von Oktober 1870. Im Dezember 1915 hatten Armeen von der Kopfstärke einer Großstadt bereits keinen einzigen Typhusfall mehr. — Gut durchgeimpfte Truppenteile blieben beim Beziehen verseuchter Frontabschnitte frei von Typhus. Vom Sanitätspersonal erkrankten bei 1000 Typhuserkrankungen nicht halb so viel Menschen als im Frieden. Im Sommer 1915 blieben trotz Auftreten von Ruhr die Truppen frei von Typhus. Ganz leichte Typhusfälle waren die Regel, namentlich bei Truppenteilen, die einer Wiederimpfung unterworfen waren, auch wenn am gleichen Orte unter der Zivilbevölkerung die schwersten Epidemien herrschten. — Die Sterblichkeit sank von 9,6 % bei sicher Nichtgeimpften auf 6,6 % bei Kranken mit 2 Injektionen (einmalige Impfung) und auf 2,6 % bei Wiedergeimpften. Günstig scheint die Impfung auf den Verlauf auch dann noch einzuwirken, wenn sie erst im Vorstadium der Erkrankung ausgeführt wird. Die Dauer des Impfschutzes wird auf etwa ½ Jahr angenommen.

c. Generalarzt Geh. Rat Prof. Dr. **Stintzing** (Jena), dritter Berichterstatter, bespricht dann die Klinik der Paratyphuserkrankungen, die meist durch den Par.-Bac. B, seltener Par.-Bac. A hervorgerufen werden. Klinisch war die Diagnose sehr erschwert; oft gingen die Fälle unter der Bezeichnung Typhus, Ruhr, Darmkatarrh, Influenza und dergl. zu. Meist verlaufen die Erkrankungen unter dem Bilde eines mittelschweren Typhus; nur gelangen die Paratyphusbazillen schneller ins Blut, die Inkubation ist deshalb kürzer, Beginn und Verlauf akuter als beim Typhus. Epidemien kamen nicht

vor, nur vereinzelne Fälle, die meist nicht von infizierten Nahrungsmitteln, sondern in der Regel von Bazillen ausscheidenden Personen ausgingen; das Küchenpersonal wird daher immer in erster Linie auf Ausscheidung von Bazillen untersucht. Eine Häufung der Erkrankungen brachten die heißen Sommermonate Juni bis August 1915. Der Ausgang ist günstiger als beim Typhus; die Mortalität betrug bei Paratyphus B-Baz. 1,2 %, bei Paratyphus A-Bazillen etwas mehr. St. befürwortet auch die allgemeine Durchimpfung gegen Paratyphus A und B.

Aussprache.

Dr. Schultzen, Gen.-Arzt, Chef der Med.-Abt. des Kriegsministeriums teilt mit, daß man von der allgemeinen Aussonderung der Dauerausscheider von Par. Bac. B Abstand genommen habe, weil sie wegen ihrer großen Anzahl praktisch nicht durchführbar sei.

Oberstabsarzt Dr. Kaup (Wien): Die Schutzimpfung gegen Typhus hatte auch in der österr.-ung. Armee günstige Erfolge, jedoch nicht in dem Maße, wie die gegen Cholera. Die Erkrankungsziffer wurde herabgesetzt, vor allem aber war der klinische Verlauf milder. So wurde eine schwere Erkrankung festgestellt bei 44 % von Nichtgeimpften, 20 % bei einmal und 11 % bei 2mal Geimpften. Ueberhaupt betrug bei allen Armeen die Sterblichkeit vor der Durchimpfung 13—16 %, nach derselben 5–6 %, bei einzelnen Armeen 2—3 %. Auch die Impfung schon Erkrankter scheint den Verlauf noch günstig zu beeinflussen. Der Impfschutz erreicht einige Wochen nach der Impfung seinen Höhepunkt und erlischt 7 8 Monate danach. Die Wiederimpfung wird in der k. u. k. Armee nach 7 Monaten vorgenommen. Die Erkrankungsziffer ist unter dem Einfluß der Schutzimpfung erheblich zurückgegangen und betrug im letzten Vierteljahr 0,25 % des Verpflegungsstandes.

Prof. Dr. Krause (Bonn): Dauernde Bazillen-Ausscheidung fand sich bei 4,1 % der abgelaufenen Typhusfälle und zwar im Stuhl besonders dann, wenn die Erkrankten gleichzeitig an Gallenblasenleiden, chronischen Darmgeschwüren oder Blinddarmentzündung litten, im Urin oft bei Nierenbeckenentzündung. Von Nachkrankheiten sind besonders zu erwähnen Herzstörungen, die auf Schädigungen des Herzmuskels beruhten, meist mit Tachycardie einhergingen und bei geeigneter Behandlung eine günstige Prognose boten — ferner durch Typhusbazillen hervorgerufene Knochenmarkentzündungen, bei deren Diagnose sich die Röntgenuntersuchung als wertvolles Hilfsmittel bewährte.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider (Berlin): Die Sterblichkeit ist seit der Impfung von 12 % bei 2—3mal Geimpften auf 2,8 % bei wiederholt Geimpften gesunken. Wichtig ist die Kenntnis der noch sehr häufigen leichten Fälle, die ähnlich der Influenza verlaufen; letztere zeigt aber höchstens schnell verlaufende Milzschwellungen, bei Typhus sind diese dagegen hochgradiger und von längerer Dauer. Freilich scheint die Milz bei mehrfach Geimpften die Fähigkeit zu erlangen, bei verschiedenen anderen Infektionskrankheiten schneller anzuschwellen.

Dr. Luksch (Teschen): Besonders günstig wirkt die Impfung bei Bazillenträgern; so wurden von 42 Bazillenträgern bei Typhus und Ruhr dadurch 35 geheilt. Nach seinen Untersuchungen ist der Impfschutz bereits 6 Monate nach der Typhus-Schutzimpfung wieder geschwunden.

Prof. Dr. Jürgens (Berlin): Paratyphus ist klinisch von Typhus nicht zu unterscheiden; nur die perakute Form der paratyphösen Darmerkrankung bildet ein selbständiges Krankheitsbild.

Dr. Munk (Berlin): Die Schutzimpfung gestaltet den Verlauf des Typhus milder; bei Nichtgeimpften waren 57 % schwere und 12 % leichte, bei Geimpften 24 % schwere und 38 % leichte Fälle. Eine Folge der Schutzimpfung ist ferner der selten positive Befund von Typhusbazillen im Blut.

Dr. Friedberger (Greifswald) betont als wichtiges diagnostisches Merkmal, daß bei Geimpften die frühere Impfstelle sich rötet und druckemfindlich wird, wenn sie an Typhus erkranken. Dieses Symptom ist jetzt um so wertvoller, als die serologische und z. T. auch die klinische Diagnose (Milzvergrößerung, Leukozytenzahl) nach der Schutzimpfung oft im Stich läßt.

Prof. Dr. v. Drigalski (z. Zt. Brüssel) empfiehlt, die Dauerausscheider einer Diät mit reichlicher Mehl- und Fettzufuhr zu unterziehen.

Diese Nährungsmittel geben einen Stuhl, der sich für Typhusbazillen als Nährboden nicht eignet und ihr Wachstum im Darm behindert.

Prof. Dr. Schittenhelm (Kiel): Bei einem Armeekorps, von dem die eine Division gegen Typhus gut durchgeimpft war, die andere nicht, stammten fast alle Typhuszugänge von der schlecht geimpften Division. S. wiederrät bei Typhus die intravenöse Serumbehandlung mit hohen Dosen bei frischen, hochfieberhaften Fällen; dagegen scheinen kleine, um je ³/₁₀₀ ccm steigende Dosen (0,01, 0,03 u. s. f.) nach 3—4wöchiger Fieberdauer gegeben, die Entfieberung zu begünstigen.

Prof. Dr. Benario (Frankfurt a. M.) betont demgegenüber, daß große Dosen Typhus-Impfstoff vielfach zweifellos günstig wirken.

Dr. Lippmann (Frankfurt a. M.): Im Inkubationsstadium ausgeführt beschleunigt die Typhusimpfung den Ausbruch der Erkrankung, ohne auf den Verlauf ungünstig einzuwirken. Gegen die Impfung auch solcher Personen bestehen also keine Bedenken.

Prof. Dr. Conradi (Dresden) konnte mit Hilfe seiner Galle-Anreicherungsmethode aus den Roseolen noch Typhusbazillen züchten, wenn der Nachweis im Blut versagte.

Prof. Dr. Singer (Wien) erinnert daran, daß er bereits 1896 die Züchtung der Bazillen aus dem Roseoleninhalt empfohlen habe.

Dr. Unterberg (Pest) beobachtete Fälle mit Milz- und Leberschwellung, Entzündungserscheinungen in der Gallenblasengegend und Roseolen, häufig auch noch andere Typhussymptome. Das Krankheitsbild konnte aber durch Bazillennachweis nicht geklärt werden.

V. Ruhr (Dysenterie).

a. Erster Berichterstatter Prof. Dr. **Matthes** (Königsberg): Die Aetiologie der Ruhr im Felde ist keine einheitliche; anfangs wurden überhaupt keine Bazillen gefunden, dann Pseudodysenteriebazillen und zuletzt auch echte Ruhrstämme. Die Hauptschuld an dem Versagen der bakteriologischen Diagnose trug die weite Entfernung der Untersuchungsstationen; das Material enthielt infolge der langen Versanddauer keine kultivierbaren Ruhrbazillen mehr. Das klinische Bild war gleichfalls ein recht verschiedenes. Anfangs verliefen die Erkrankungen als leichte Diarrhoen, die meist auf Erkältungen, Diätfehler, Uebermüdung und dgl. zurückgeführt wurden. Die Kranken blieben meist bei der Truppe. Nichtsdestoweniger kann die infektiöse Natur auch bei diesem leichten Verlauf nicht zweifelhaft sein, da es sich meist um Massenerkrankungen handelte und in den Lazaretten diese auch auf Schwestern und andere Krankenpflegepersonen übertragen wurden; außerdem hatte Verlegung durchseuchter Truppenteile oft dieselbe günstige Wirkung wie im Frieden, wenn Uebungsplätze gewechselt werden, weil dadurch Brutstätten der Seuchen, besonders infektiöse Lagerstätten von Abfallstoffen, ausgeschaltet wurden. Später, namentlich bei direkter Züchtung vom Krankenbett, wurden öfter positive Bazillenbefunde erhoben, jedoch ohne direkte Beziehung zur Schwere des Krankheitsverlaufes. Fieber ist bei leichten Fällen meist nur anfangs vorhanden; die länger dauernden zeigen eine sehr wechselnde Temperaturkurve mit unregelmäßigen Anstieg und Abfall. Der erkrankte Dickdarm ist spastisch kontrahiert und als solcher auch vielfach zu tasten. Von ihm geht der charakteristische Schmerz in der Magengrube aus, der auch noch in der Rekonvaleszenz durch Druck an dieser Stelle hervorgerufen werden kann. Direkt sichtbar ist rektoskopisch die Mastdarmschleimhaut, die anfangs glasig geschwollen, wie mit Flüssigkeit durchtränkt erscheint, später blutrot gefärbt und mit blutigem Schleim bedeckt ist. Vom 8. Tage ab treten auf ihr Geschwüre auf; diese heilen von oben nach unten fortschreitend ab; ihre Beobachtung ergibt, wie schon Singer (Wien) betonte, für die Feststellung der Heilung sicherere Anhaltspunkte als die bakteriologische Untersuchung. Die Stühle sind anfangs Gährungsstühle oder grün gefärbt wie bei Dünndarmkatarrhen. Milzschwellung ist selten; Diazoreaksion ist stets positiv. Rückfälle sind häufig, namentlich bei Diätfehlern oder Kälteeinflüssen. Als Behandlung genügt in leichten Fällen Bettruhe und Diät. Gut vertragen wurden u. a. Weißkäse, Yogkurtmilch, Bananenmehl, Molke, Hafergrütze und dergl. Von Medikamenten bewährten sich zur Reinigung des Darmes Rizinusöl, als Adstringention und zur Bindung der Gifte Tierkohle, Bolusal, Ratanhia.

und Catechu-Abkochungen, Calciumtannin, Dermatol, Jodtinktur (20 Tropfen auf 200 ccm Wasser), auch zusammen mit Papaverin; am wirksamsten waren Darmausspülungen, auch Bleibeeinläufe mit 10% Dermatolausschüttelungen. Es erwies sich als zweckmäßig, mit den Mitteln öfter zu wechseln, da die verschiedenen Krankheitszustände auf die einzelnen Mittel ungleich reagieren. Die Serumbehandlung hatte Erfolge, wenn mindestens 100 ccm Serum intravenös injiziert wurden; auch Injektionen von einfachem Pferdeserum hatten gleich gute Erfolge.

b. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kruse (Leipzig) besprach als zweiter Berichterstatter besonders das bakteriologische und epidemiologische Verhalten der Ruhr im Felde. Der Verlauf der Ruhr war in diesem Kriege milder als in früheren Kriegen, weil sehr häufig Pseudodysenteriebazillen die Erreger waren. Bakteriologisch konnte der Nachweis oft nicht geführt werden, weil die Bazillen sehr schnell durch andere Keime überwuchert werden und daher nur Untersuchung der frischen Entleerungen zum Ziel führt. Trotzdem kann an der infektiösen Natur der Erkrankungen kein Zweifel sein. Bei fehlendem Bazillennachweis ist Pseudoruhr nur dann auszuschließen und echte Ruhr anzunehmen, wenn Ruhrbazillen bei mindestens 50facher Verdünnung vom Blutserum agglutiniert werden. Die Annahme, daß auch Kolibazillen und Streptokokken Ruhr verursachen können, ist unbegründet. Die einzelnen Gruppen der echten Ruhrstämme von einander zu unterscheiden ist oft deshalb schwer, weil sie eine gewisse Veränderlichkeit zeigen.

Epidemiologisch spielt die Hauptrolle die Uebertragung von Person zu Person oder die Berührung mit infektiösen Abfallstoffen, seltener die Aufnahme der Keime mit dem Wasser oder der Nahrung; auch die Bazillenträger haben nicht die Bedeutung wie beim Typhus. Sehr begünstigt wird das Auftreten der Ruhr, namentlich wenn Pseudodysenteriebazillen die Erreger sind, durch Hitze. Von der Serumbehandlung hat K. weniger günstige Erfolge gesehen.

Aussprache.

Prof. Dr. Schittenhelm (Kiel) beobachtete bei einer Armee eine Sterblichkeit von 4,47%; besonders bemerkenswert waren Fälle von Spättod. Bei der Behandlung bewährten sich Seruminjektionen von 80—100 ccm.

Oberarzt Dr. Ziemann (Berlin) empfiehlt Karlsbader Salz zusammen mit Wismut, Dr. Rahns (Salzburg) Einläufe mit salpetersaurem Silber.

Prof. Dr. Schüller (Wien) weist auf die nach Ueberstehen der Krankheit oft noch lange bleibenden Schmerzen in den Tibien hin, für die sich ein lokaler Befund nie erheben ließ. Sie finden sich oft bei Erkrankungen, die mit Nierenentzündung oder Milzschwellung einhergehen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His (Berlin) ließ in der 2. Masurenschlacht eine infizierte Truppe, von der eine Anzahl von Mannschaften erkrankte und zu 8,8% Ruhrbazillen aufwies, in dem Kampfraum und sorgte nur für Isolierung der Erkrankten in einem abgesonderten Dorfe; nach 8 Tagen war die Epidemie vorüber.

Dr. Gotschlich (Saarbrücken) beobachtete mit Börnstein eine Ruhrepidemie mit 10% Sterblichkeit. Die gefundenen Ruhrbazillen wurden von Pseudodysenterie-Serum (Flexner) in hohem Maße mitagglutiniert, ebenso zeigte das Patientenserum eine hohe Mitagglutination für Flexnerbazillen. Es handelte sich um eine Variationserscheinung, die nach mehrmonatiger Fortzüchtung der Stämme schwand.

Prof. Dr. F. Pick (Prag) hatte bei einer Gruppe ruhrkranker Soldaten 10—25% positive Bazillenbefunde. Als die Krankheit durch Brotverkauf in die Zivilbevölkerung verschleppt war, fanden sich hier in 75% der Fälle der Kruse-, in 4% der Flexnerbacillus, und zwar zuweilen beide Stämme in einer Familie.

Dr. M. Kaufmann (Halle a. S.) berichtet, daß nach Beobachtungen von Ghrt. Schmidt (Halle) die Ruhr in 5% der Fälle chronisch wird. Die chronischen Formen gehen mit hochgradiger Erschöpfung einher und lassen sich klinisch einteilen in eine chronisch-katarrhalische, oft rezidivierende Dickdarmerkrankung, eine dyspaptische mit fehlendem Magensaft und vorwiegender Beteiligung des Dünndarms und eine spastische Form; bei letzterer fehlen die

Durchfälle; im Röntgenbild sieht man Aussparungen, Defekte, ja bis handbreite Unterbrechungen des Darmschattens.

Prof. Dr. Kruse (Bonn) betont im Schlußwort, daß die Angaben von Schmidt über 5% chronischer Ruhrfälle hoch sind, da ihre Häufigkeit sonst nur auf 3% geschätzt wird; seine Mitteilungen verdienen daher um so mehr Beachtung.

Vierte Sitzung am 2. Mai d. J. nachmittags.

VI. Nierenentzündungen im Felde.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Hirsch** (Göttingen): Im gegenwärtigen Kriege ist nach Berichten deutscher, österreichisch-ungarischer und englischer Aerzte die Nierenentzündung sehr häufig, relativ häufiger als z. B. 1870/71, wenngleich eine Anzahl der jetzt beobachteten Erkrankungen auch schon bei der Einstellung in den Kriegsdienst in latenter Form bestand. Besonders beteiligt sind die älteren Jahrgänge von 35—40 Jahren, ferner ist die Krankheit an der Ostfront häufiger als an der Westfront und überall am meisten verbreitet unter der fechtenden Truppe, also bei der Infanterie, weniger z. B. bei den Pionieren oder der Artillerie. Ursächlich kommen für die meisten Fälle Erkältungen und Durchnässungen in Betracht; so häufen sich die Erkrankungen namentlich in den nassen und kalten Monaten Oktober bis Dezember, und März und April. Ferner wirken im Bewegungskrieg große Marschleistungen und Schlafen auf kalter Erde, im Stellungskrieg Feuchtigkeit der Schützengräben, Schlafen in nassen Unterständen schädigend auf die Nieren ein. Eine weitere Ursache bilden Infektionen: Angina, Furunkel, Streptokokkenerkrankungen, Typhus und Ruhr. Dagegen scheinen Schutzimpfungen, Einwirkung chemischer Läusemittel, rheumatische Erkrankungen nicht in Frage zu kommen. Wichtiger ist lange fortgesetzte einseitige Ernährung, z. B. auch zu lange durchgeführte Schleimdiät bei Ruhrerkrankungen.

Klinisch zeigt der Verlauf der Krankheit oft Fiebersteigerungen, besonders bei Beginn und Steigerung der Nierensymptome. Sehr oft und schnell treten Oedeme im Unterhautzellgewebe, in der Bauch- und Brusthöhle auf. Die Harnmenge ist anfangs vermindert und enthält in 50% der Fälle Blutbeimengungen; der Eiweißgehalt ist hoch und übersteigt oft 6—8‰. Mehrfach wurde auch Milzschwellung gefunden. Der Blutdruck war erhöht, betrug 140—180 mm Quecksilber; war er von vornherein höher als 200 oder blieb er nach Rückgang der anderen Krankheitserscheinungen hoch, so handelte es sich in der Regel um ältere Nierenerkrankungen, die ein akutes Rezidiv durchmachten. Augenhintergrundsveränderungen im Sinne der bekannten Retinitis albuminurica fanden sich nie. Typisch für die Kriegsnephritis sind: Hochgradige Oedementwickelung und die Neigung zu Rezidiven; es handelt sich um eine Erkrankung der Glomeruli mit Epitheldesquamation auch der Tubuli, anatomisch demnach um einen Prozeß, der keine Besonderheiten bietet. Er führt zu einer Zurückhaltung von Stickstoff, weniger von Salz und Flüssigkeiten im Körper. Die Diät hat demnach Fleisch, Salz und zuviel Flüssigkeit zu vermeiden, anderseits ist sie auch nicht schematisch monatelang auf Milch oder Schleimsuppen zu beschränken. Ebenso zwecklos ist es demnach, Heilwässer in großer Menge zu verordnen oder die Kranken in sog. Nierenheilbäder zu schicken; Bettruhe ist bei Eiweiß- und Blutbeimengung im Urin die Hauptforderung der Behandlung. Der weitere Verlauf und Endausgang sind günstig; die Sterblichkeit beträgt noch nicht 1%.

Aussprache.

Prof. Dr. Bruns (Marburg) fand im Stadium der Oedeme bei etwa der Hälfte der Fälle Erhöhung des Reststickstoffs von 150—187 mg auf 100 ccm Blut; die Kochsalzausscheidung war im ganzen leidlich: von 5 g des Nahrungskochsalzes wurden ca. 2,7 g wieder ausgeschieden. Es fanden sich demnach dieselben Werte wie bei der im Frieden beobachteten Glomerulonephritis.

Dr. Jungmann (Berlin) faßt das Leiden gleichfalls als Glomerulonephritis auf; er schreibt infektiösen Ursachen eine wesentliche Bedeutung zu, weil das Leiden oft gehäuft auftritt, häufig mit Fieber und Infektionsmilz (Follikelschwellung) verläuft und Herzmuskeldegeneration zur Folge hat.

Geh. Rat Prof. Dr. Stintzing (Jena) hebt die Häufung der Erkrankungen

in den Monaten November bis März und ihren Zusammenhang mit Erkältungen hervor; diese im Verein mit Infektionen bilden die Ursache der Kriegsnephritis.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider (Berlin) konnte in 25 % der beobachteten Fälle eine Erkältung nicht als Ursache nachweisen; bei gehäuftem Auftreten ist als solche eine Infektion anzunehmen. Zur Verhütung der Erkrankungen empfiehlt er Hygiene der Schützengräben, warme Unterstände, warme Kleidung, unter Umständen Totalexstirpation der Gaumenmandeln. Er befürwortet Vermeidung von Transport im akuten Stadium und Behandlung in der Etappe. Die Sterblichkeit hat er auf 1,3 % berechnet.

Prof. Dr. Alfr. Müller (Tübingen) berichtet über eine neue Methode, durch die er die Haut des lebenden Menschen durchsichtig machen kann und die Kapillaren derselben direkt untersuchen kann; diese wiesen bei chronischer Nephritis starke Schlängelung und Anastomosenbildung auf. Er empfiehlt, in dieser Weise auch bei akuter Nephritis Untersuchungen anzustellen.

Prof. Dr. Matthes (Königsberg i. Pr.) bestätigt die auch von anderer Seite gemachte Beobachtung, daß Offiziere nur selten an akuter Nephritis erkranken.

Prof. Dr. Rumpel (Hamburg) stellte nach einem Armeegepäckmarsch bei 24 % der Teilnehmer Eiweiß im Urin fest, in 80 % hyaline und granulierte Zylinder und bei 1/4 der letzten Fälle auch rote Blutkörperchen. Die Benzidinprobe auf Blutgehalt war in 35 % der Gesamtzahl positiv. Die körperliche Ueberanstrengung führt durch Zerfall roter Blutkörperchen zum Freiwerden von Hämoglobin (Hämoglobinaemie), das durch die Nieren ausgeschieden wird (Hämoglobinurie). Nach dem Marsch enthielt der Urin bei 20 % der Fälle auch Aceton und Acetessigsäure

Prof. Dr. Neisser und Dr. W. Reimann (Stettin) schildern eingehend das klinische Bild der Kriegsnephritis von den leichten bis zu den schwersten hämorrhagischen Formen. Sie fanden bei allen eine Retention von Chlor und Wasser, nicht des Stickstoffs im Körper. In der Niere scheint es im Beginn der Erkrankung durch Kontraktion der Gefäße zu einer Ischaemie, danach durch Lähmung der Gefäße zur Stauung und Hyperaemie zu kommen.

Prof. Dr Straßburger (Frankfurt a. M.) sieht in toxischer Schädigung der Hautgefäße und Nieren die Hauptursache; deshalb tritt die Kriegsnephritis auch so häufig im Gefolge infektiöser Darmerkrankungen auf.

Prof. Dr. Rostoski (Dresden) fand bei 50 % der Erkrankungen Typhusbazillen im Urin.

Prof. Dr. J. Citron (Berlin) betont gleichfalls die infektiöse Natur der Kriegs-Nierenentzündung. Er konnte bei den meisten Erkrankungen nachweisen, daß sie 5—14 Tage vorher eine fieberhafte Erkrankung durchgemacht hatten und fand bei 89,3 % der Fälle eine Streptokokkentonsillitis. Durch Herausnahme der Mandeln ließ sich in sehr vielen Fällen eine auffallende Besserung erzielen. Auch Läuseekzeme und daran anschließende Furunkel scheinen ätiologisch in Betracht zu kommen. Auffallend war der günstige Verlauf auch bei schweren Fällen.

Dr. F. Munk (Berlin) führt als differentialdiagnostisch wichtig den Befund von doppeltbrechenden Lipoiden im Urin von Kriegs-Nephritikern an, der sich bei der großen weißen Niere, die klinisch ein ähnliches Krankheitsbild bietet, nie findet.

Prof. Dr. Volhard (Mannheim): Bei der akuten Erkrankung kommt es durch Schwellung des Parenchyms zu einer Kompression der Nierengefäße und dadurch zu einer allgemeinen Blutdrucksteigerung. Der Blutumlauf in den Glomeruli kann so behindert werden, daß sie völlig blutleer werden. Die Heilung besteht in Wiederherstellung des normalen Blutumlaufes in den Glomeruli. Das Leiden ist sehr leicht heilbar, solange die Veränderungen in den Nieren noch rückbildungsfähig sind. Die Behandung muß daher so schnell als möglich und zwar am zweckmäßigsten in Sonderlazaretten für Nierenkranke eingeleitet werden.

Dr. Knack (Hamburg) konnte Unterschiede hinsichtlich der Truppengattung, des Alters und der Jahreszeit nicht feststellen. Er fand den Reststickstoff mäßig erhöht, ebenso die Retention von Kochsalz wenig gesteigert, erheblich dagegen die Wasserausscheidung gestört. Die endgültige Heilung erfolgte nach 6—7 Monaten.

Dr. C. Kayser (Berlin) beobachtete 50 Fälle, die ganz unter dem Bilde einer Scharlachnephritis verliefen; als Infektionsvermittler kamen vielleicht Läuse in Frage. Die Kranken zeigten in der 3. Beobachtungswoche eine kleienartige Schuppung auf Stirn- und Kopfhaut und in der 7. Woche auch eine lamellöse Schuppung an den Händen, die der bei Scharlach sehr ähnelte.

Dr. Porges (Wien) züchtete aus dem steril gewonnenen Urin durch Uebergießen mit Bouillon häufig Streptokokken. Die Behandlung bestand in 2—3 Wochen fortgesetzter salz- und sticksoffarmer Diät (täglich: 500 g Kartoffel, 200 g Brot, 50 g Reis oder Gries, 80 g Fett, Tee, Fruchtsäfte). Zwei Wochen danach waren die Oedeme, nach 6—8 Wochen die anderen Krankheitserscheinungen bis auf Spuren von Eiweiß zurückgegangen.

Prof. Dr. Schittenhelm (Kiel) faßt als Besonderheiten der Kriegsnephritis folgende Befunde zusammen: Milzschwellung in 6% der Fälle, Eosinophilie bei etwa 10%, Lipoide im Urin bei ungefähr $^1/_3$ der Fälle. — Die Sterblichkeit betrug 0,7%, zu völliger Heilung kamen 80%. Vom 35. Lebensjahr ab tritt die Krankheit häufiger auf; relativ am stärksten betroffen ist das 41. Lebensjahr.

Bericht über die am 3. und 4. Juli d. J. in Berlin abgehaltene ausserordentliche Tagung für praktische Durchführung von Massenspeisungen.

(Schluß.)

Zweiter Sitzungstag, Dienstag, den 4. Juli d. J.

4. Die praktische Durchführung der Massenspeisung in Hamburg.

Dr. **O. Lohse**-Hamburg betont zunächst, daß man in seiner Heimatstadt auf dem Standpunkt stehe, die Bedeutung der Massenspeisung dürfe sich nicht auf das wirtschaftliche Gebiet beschränken, sondern müsse sich in sehr starkem Maße auch auf das volkshygienische Gebiet erstrecken. Es handele sich also nicht nur darum, die vorhandenen Lebensmittel sparsam auszunutzen, sondern vor allem darum, der Masse der Bevölkerung trotz der starken Preissteigerung der notwendigen Lebensmittel und der Lebensmittelknappheit eine einigermaßen ausreichende Ernährung zu sichern. In Hamburg, wo Kriegsküchen seit den ersten Tagen des Krieges bestehen und deren Zahl allmählich auf 80 gestiegen ist, haben sie sich durchaus bewährt; es werden dort einschließlich der Schulkinder in Schulküchen täglich etwa 165000 Personen gespeist; das Essen wird in Mengen von 1 Liter für 20 Pfg. und $^1/_2$ Liter für 10 Pfg. abgegeben; die Selbstkosten betragen aber 40 Pfg., so daß die Hamburgische Staatskriegshilfe 20 Pfg. für jedes Liter Essen zuschießen muß (bis jetzt etwa 650000 M.). Die Abgabe erfolgt zurzeit an jeden ohne Prüfung der Bedürftigkeit. Das Essen wird abgeholt; nur unverheiratete Personen können es an Ort und Stelle einnehmen. Auf Grund fast zweijähriger Erfahrungen bei den Hamburger Küchen haben sich nach Ansicht des Redners folgende Punkte als wünschenswert herausgestellt:

„1. Die Leitung der Küchen muß zentralisiert, der Betrieb einheitlich geregelt sein. Die einzelnen Küchen sind dauernd zu überwachen.

2. Die Küchen sind über die Stadt derart zu verteilen, daß von jedem Punkte aus eine Küche leicht zu erreichen ist. Fahrbare Küchen sind nicht zu empfehlen.

3. Die Küchen müssen unter eigener Verwaltung stehen, unter vollständigem Ausschuß unterstützungsbedürftiger Wirtschaften und Mittagstische, möglichst auch solcher Anstalten, die gewohnt sind, mit selbst kleinem Vorteile zu arbeiten.

4. Es ist nahrhaftes und schmackhaftes Essen unter Berücksichtigung der örtlichen Gewohnheiten zu verabreichen. Während der Essenausgabe hat strenge Ordnung zu herrschen (Markenausgabe am vorhergehenden Tage). An Sonntagen ist nicht zu kochen.

5. Der gemeinsame Mittagstisch ist nur für alleinstehende Personen und Arbeiter mit kurzer Mittagspause bestimmt Familien müssen das Essen abholen.

6. Bei der Teuerung können die Küchen ein nahrhaftes Essen zu einem erschwingbaren Preise nicht ohne größeren Zuschuß der Gemeinde liefern.

7. Die Lebensmittelzentrale der Küchen muß rein kaufmännisch verwaltet werden und über große Mittel frei verfügen können.

8. Die Stadtgemeinde muß die Massenküchen bei der Verteilung der Vorräte und beschlagnahmten Lebensmittel bevorzugen. Dagegen sind die Warenbezugskarten der Küchenbesucher entsprechend zu entwerten.“

5. **Die Abgrenzung des Besucherkreises bei den Massenspeisungen** wurde von Stadtrat **Matthes**-Dresden besprochen. Er hatte dabei ausschließlich die Verhältnisse der Großstädte im Auge, für die überhaupt die Massenspeisung hauptsächlich in Betracht kommt. Ihre Durchführung als Zwangsspeisung ist als undurchführbar, ungerecht und unzweckmäßig allseitig anerkannt; dasselbe gilt auch für die Zwangsspeisen einzelner Schichten der Bevölkerung oder einzelner Stadtteile. Dagegen ist ihre zwangslose Durchführung für möglichst große Kreise anzustreben, die jedoch ohne Abgrenzung des Besucherkreises nicht möglich ist. Schon die Beschaffung der Hauptnahrungsmittel wie die Beschaffung der übrigen Kocheinrichtungen nötigt zur möglichsten Beschränkung; durch die Selbstbeköstigung der Familien mit höherem Einkommen werden außerdem die teueren und nur in geringer Menge vorhandenen Nahrungsmittel besser ausgenutzt, als bei ihrer Verwendung zur Massenspeisung. Für die Abgrenzung des Besucherkreises kann aber weder die Höhe des Einkommens noch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsklasse maßgebend sein; denn bei der Knappheit der Hauptnahrungsmittel und bei der Schwierigkeit ihrer Beschaffenheit finden sich in allen Ständen und Kreisen Familien, die schließlich mit Recht Anspruch auf die Massenspeisungseinrichtungen haben. Die öffentliche Speisung soll daher an sich jedermann zugänglich sein; einem Mißbrauch ist nur vorzubeugen durch gewisse Bedingungen bei der Anmeldung: teilweise Anrechnung der Nahrungsmittelkarten, vorherige Lösung der Speisekarte auf mehrere Tage usw., möglichst scharfe Beaufsichtigung unter Mitwirkung der vorhandenen Wohltätigkeitsvereine, bei denen die wirklich bedürftigen Familien am besten bekannt sind.

6. Die Frage betreffs der **Anrechnung von Lebensmittelkarten** wird von dem Berichterstatter, Oberbürgermeister Dr. **Dehne**-Plauen, unbedingt bejaht, da sonst einer der Hauptzwecke der Massenspeisungen und Sparsamkeit im Verbrauch von Nahrungsmittel durch deren Dehnung und Streckung fast völlig verloren gehen würde. Insbesondere ist eine solche Anrechnung bei Fleisch, Kartoffeln, Fett, Butter, Gries, Reis, Graupen und Teigwaren erforderlich, während sie sich bei Brot und Mehl erübrigt, weil Mehl nur verhältnismäßig wenig verbraucht wird und den Gemeindeverbänden meist genügend zur Verfügung steht, um damit auch die Kriegsküchen zu versorgen. Schwierig ist allerdings die Frage zu beantworten, in welche Höhe und in welcher Weise soll die Anrechnung erfolgen? Redner ist nicht in der Lage, eine bestimmte Antwort über die beste Form dieser Anrechnung zu geben, dazu hätte es einer zuvorigen Umfrage durch Deutschland bedurft. Jedenfalls sei aber bei allen Verfahren darauf zu achten, daß man stets zugunsten des Karteninhabers nach unten abrunden solle und die Abtrennung oder Entwertung der Karten nicht bei der Speiseausgabe erfolgen dürfe.

7. **Zentralisation, Dezentralisation und Beteiligung privater Vereine bei der Massenspeisung.** Berichterstatter: Stadrat Prof. Dr. **Stein**-Frankfurt a. M.: Die Massenspeisung bildet ein untrennbares Glied unserer gesamten Lebensmittelversorgung, sie trägt jetzt nicht mehr den Charakter einer Wohlfahrtseinrichtung, sondern gehört zu den Pflichtaufgaben der Gemeinden. Sie soll nicht nur der Bevölkerung ausreichende Nahrung in besserer Zubereitung liefern, sondern auch zur Streckung der Lebensmittelvorräte und zur Schonung des Lebensmittelmarktes beitragen, der sowohl durch die Angstkäufe der einzelnen, als durch die Massenankäufe der Heeresverwaltung übermäßig verteuert wird. Das erste Gebot für die Organisation der Massenspeisungen ist Zentralisierung der Leitung, die vor allem die Vorratsbeschaffung in der Hand haben und beim Einkauf darauf Bedacht nehmen muß, daß sie dadurch nicht die Lebensmittelbeschaffung anderer erschwert und verteuert; sie darf also nur dann kaufen, wenn die kleinen Käufer nicht kaufen oder noch nicht kaufen. Die Einrichtung von Massenspeisungen soll außerdem nicht unter dem bestehenden Einfluß der Mode und des Schlagwortes „Massenspeisungen“ erfolgen, sondern nur dann, wenn die örtlichen, sachlichen und persönlichen Voraussetzungen und Bedingungen dafür gegeben sind; sie ist

also lediglich eine Frage des Ortes, die von den örtlichen verantwortlichen Stellen zu entscheiden ist. Durch die Massenspeisungen darf weiterhin den von ihnen Gebrauch machenden Bevölkerungsschichten nicht ein Mehr an Nahrungsmitteln zugeführt werden, deshalb Anrechnung der dabei verbrauchten Nahrungsmittel, soweit diese kontingentiert sind, auf die Lebensmittelkarte, jedoch nicht in kleinlicher Weise. Im Gegensatz zu der straffen Zentralisierung von Leitung und Einkauf, muß selbstverständlich der Ausgabedienst möglichst dezentralisiert sein. Bei dem verabfolgten Essen kommt es nicht nur auf den Nährwert, sondern vor allem auch auf die Schmackhaftigkeit an; deshalb sind dezentralisierte Küchen mit Abgabestellen vorzuziehen, da in ihnen dem Geschmack der Bevölkerung mehr Rechnung getragen wird und auch der Schaden nicht so groß ist, wenn einmal eine Speise mißglückt. Das System der Zentralküche mit örtlich verteilten festen Abgabestellen oder unter Benutzung von fahrbaren Küchen ist deshalb nur als Notbehelf zu empfehlen. — Die Frage, ob Gemeinde- oder Vereinsbetrieb den Vorzug verdient, ist keine grundsätzliche, sondern eine Tatfrage. Von grundsätzlicher Bedeutung ist dagegen, daß die Leitung selbstständig und rasch entscheiden kann, sowie von bureaukratischen Hemmungen und Rücksichten frei ist. Die Geschäftsführung muß jedenfalls, auch wenn die Speisen unter Verlust abgegeben werden, nach kaufmännischen Regeln buchhaltungsmäßig genau erfolgen. Desgleichen darf die Speisung, einerlei von wem sie ausgeht, ob sie mit oder ohne Zuschüsse erfolgt, keinerlei Wohltätigkeitscharakter tragen. Liegt die Massenspeisung in der Hand privater Vereine, so ist ein Zusammenarbeiten mit der Gemeindebehörde notwendig.

Aussprache.

Der **Vorsitzende** eröffnet die nunmehr beginnende Besprechung der Vorträge des zweiten Sitzungstages mit einigen einleitenden Worten, in denen er aus den bisherigen Verhandlungen den Schluß zieht, daß die Frage über die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit noch keineswegs entschieden sein dürfte. Namentlich scheine es den weitesten Kreisen an Erfahrungen zu fehlen, wie es gemacht werden solle. Er bittet deshalb um Mitteilungen in dieser Hinsicht und ersucht, alle derartigen beachtenswerten Erfahrungen auch später der Zentralstelle für Volkswohlfahrt zur Verfügung zu stellen, damit diese für ihr weiteres Bekanntwerden durch Veröffentlichung in ihren Organen: „Concordia" oder „Korrespondenz für Kriegswohlfahrtspflege" sorgen könne. Gleichzeitig bittet er, sich in der Aussprache auch über diesen Vorschlag zu äußern.

Stadtrat **Paul**-Magdeburg betont, daß die Frage, ob und in welchem Umfange die Massenspeisung einzurichten ist, nach den örtlichen Verhältnissen in den einzelnen Gemeinden entschieden werden muß. Jedenfalls ist sie aber auf das unbedingt notwendige Maß und die Hauptmahlzeit zu beschränken; die Beschaffung der übrigen Mahlzeiten muß Sache der einzelnen Haushaltungen bleiben. Sie hat ferner besonders dann einzusetzen, wenn die wichtigsten Nahrungsmittel knapp werden und eine Unterernährung droht; desgleichen ist sie nicht nur auf Arme und Kriegerfamilien zu beschränken, sondern auch dem wenig bemittelten Mittelstand, dem großen Heer der Festbesoldeten das Recht der Speiseentnahme zum Selbstkostenpreis einzuräumen. Die Lebensmittelkarten müssen zum Teil angerechnet werden, ohne Rücksicht darauf, ob die Massenspeisung dadurch unpopulär wird oder nicht. Die Forderung, daß aus den den Kommunalverbänden zugewiesenen Lebensmitteln in Zeiten ordnungsmäßiger Versorgung die nötige Reserve an Kartoffeln, Mehl, Hülsenfrüchten usw. für die Massenspeisung zurückgestellt wird, ist nach Ansicht des Redners ebenso richtig als berechtigt; dagegen teilt er nicht das absprechende Urteil über die fahrbaren Küchen, die bei ungünstiger Lage der Zentralküche sehr wohl ausgleichend wirken können.

Frau Baronin **Horn**-München weist auf die Notwendigkeit hin, auch für zweckmäßige Abfallverwertung der organisierten Massenspeisungen zu sorgen; in Cöln habe man z. B. zweckmäßig eine Trockenanstalt für Abfälle eingerichtet, um diese dadurch zu Futterzwecken nutzbar zu machen. Sie hält weiterhin die Sonntagsspeisung für ein zurzeit nicht zu vermeidendes Uebel und spricht sich nochmals gegen die ausschließliche oder fast ausschließliche

Verwendung von ehrenamtlichen Kräften aus, namentlich in leitenden und verantwortlichen Stellen. In diese dürften nur dafür befähigte Personen gesetzt werden unter Ausschaltung von jedem Dilettantismus; ihr Gehalt spiele bei den enormen Summen, die der Betrieb verlange, keine Rolle. Der richtige Mensch an die richtige Stelle, gleichgültig, ob ehrenamtlich oder ob bezahlt.

Dr. med. **Bornstein**-Leipzig berichtet über die Leipziger Massenspeisungen, die teils durch bereits vorhandene oder neu eingerichtete Speiseanstalten (Volksküchen), teils durch Gastwirtschaften erfolgt, mit denen entsprechende Verträge abgeschlossen sind. Die ersteren liefern täglich bis 20000, die letzteren bis 6000 Portionen, die für 25 Pf., an Fleischtagen für 30 Pf. abgegeben werden. Das Verfahren hat sich bewährt; seine Einrichtung kann schnell und ohne Schwierigkeit bewirkt werden. Redner wendet sich dann sehr scharf gegen die innerhalb der einzelnen Bundesstaaten und Kreise überlassenen Ausfuhrverbote, die nach Ansicht der Mitglieder des Reichsgerichts keine gesetzliche Grundlage hätten, so daß etwaige Uebertretungen nicht bestraft werden könnten. Innerhalb des eigenen Vaterlandes dürfe es derartige Drahtverhaue nicht geben! Schließlich spricht er sich noch warm für Krankenküchen und bessere Fürsorge für die Ernährung der Schwangeren aus.

Bürgermeister **Winter**-Könnern beklagt sich ebenfalls über die vielerorts getroffenen Absperrungsmaßregeln und berichtet dann über die von ihm als Vertreter einer kleinen Stadt und eines großen ländlichen Kommunalverbandes gemachten Erfahrungen. Hier hat sich die Bildung eines Zweckverbandes als praktisch erwiesen namentlich mit Rücksicht auf den unmittelbaren Bezug der Lebensmittel von der Zentral-Einkaufsgenossenschaft. Er betont, daß zu der schwerarbeitenden Bevölkerung auch die Landarbeiter gehörten; im übrigen betrachtet er die Massenspeisung nur als ein Kriegshilfsmittel, von dem nur aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen und nicht aus Bequemlichkeitsgründen Gebrauch gemacht werden dürfte.

Stadtrat **Marck**-Breslau berichtet über die Breslauer Massenspeisungen, die nicht von der Gemeinde, sondern durch den nationalen Frauendienst besorgt werden. Es sind hier die vorhandenen Speisungsanstalten mit Vorteil benutzt; abgesehen von den Speisungen für Schulkinder werden Speisen nur gegen Entgelt abgegeben und zwar in den großen Küchen für die breitesten Volksschichten 1/2 Liter zu 5 Pfg., in den diesen angegliederten Küchen für besser gestellte Arbeiter Portionen zu 30 Pfg. Außerdem gibt es noch eine sogenannte Mittelstandsküche, von der für 50 Pfg. ein recht schmackhaftes Essen geliefert wird, und eine sogenannte 70 Pfg.-Küche, in der außer Suppe eine gute kräftige Mahlzeit an Jedermann ohne Prüfung seiner finanziellen Verhältnisse abgegeben wird. Bei den beiden lezteren Küchen wird nichts zugesetzt, während die übrigen einen Zuschuß von 100% auf die Portion erfordern. Für kranke Personen ist eine aus privaten Mitteln errichtete und von der Stadt unterstützte Krankenküche vorgesehen, die jedoch Essen nur gegen ärztliche Bescheinigung abgibt. Eine Anrechnung der Lebensmittelkarten wird von dem Redner ebenfalls als gerecht und notwendig gefordert.

Frau **Peltzer**-Stolberg (Rheinland) teilt die von ihr als Mitleiterin einer Volksküche in ihrer Heimatstadt gemachten Erfahrungen mit. Die Küche ist vom vaterländischen Frauenverein eingerichtet, gibt jetzt etwa 1000 Portionen zu 10 Pfg. ab, deren Selbstkostenpreis je 16—17 Pfg. beträgt; die Mehrkosten werden durch wohltätige Zuwendungen gedeckt. Rednerin betrachtet die Einrichtung auch nur für ein vorübergehendes Aushilfsmittel, das nach dem Kriege wegfallen muß; daher sei der Haushaltungsunterricht besser und obligatorisch zu gestalten, denn gerade die jetzt gemachten Erfahrungen haben gelehrt, daß die Volksküchen besonders von solchen Frauen benutzt werden, die keinen ordnungsmäßigen Haushalt führen können.

Frau **Herrmann**-Hamburg: Die Leistung der Küchen kann im Bedarfsfalle durch eine Abendausgabe oder durch eine doppelte Mittagsausgabe verdoppelt werden. Die Ansicht, daß die Dezentralisierung der Küchen zu große Kosten verursache, habe sich in Hamburg als unzutreffend erwiesen. Notwendig sei eine Kontrolle, daß an Familien nicht mehr Eßportionen gegeben werden, als Personen dazu gehörten, da sonst die Gefahr bestehe, daß das Essen an Hunde, Schweine usw. verfüttert werde. An der Spitze jeder Küche

müsse nicht nur eine tüchtige, sondern auch gebildete Dame stehen, gleichgiltig, ob bezahlt oder ehrenamtlich; denn der Verkehr mit dem Publikum erfordere Herzensgüte und Bildung.

Herr **Thomas**-Frankfurt a. M. spricht sich für Einführung von Wochenabonnements aus; dann sei auch die Anrechnung der Lebensmittelkarten leicht durchführbar. Er warnt vor zu großer Benutzung von Trockengemüse; frisches Gemüse verdiene den Vorzug und lasse sich auch bis zum Frühjahr aufbewahren. Wünschenswert sei die regelmäßige Uebersicht über den Lebensmittelmarkt im Reich. Die Versorgung der Kranken werde am besten wie in Berlin durch die Küchen der überall vorhandenen Krankenstellen besorgt.

Bürgermeister Dr. **Frommhold**-Stade widerspricht der Ansicht, daß die Massenspeisung nur ein Problem der Großstadt sei; sie könne vielmehr für alle Gemeinden in Betracht kommen, denn die Ansicht, daß die Ernährungsverhältnisse in den kleinen Städten günstiger als in den Großstädten sind, sei durchaus unzutreffend.

Frau Bürgermeister **Stosberg**-Lennep berichtet über die dortigen Verhältnisse, die ähnlich sind, wie die von Frau Peltzer aus Stolberg mitgeteilten. Der Frauenverein hat hier nur noch insofern eine neue Einrichtung getroffen: die Verabfolgung einer Abendsuppe für kleine Kinder (½ Liter Milch mit guter Einlage für 10 Pfg.), die sich sehr gut bewährt hat. Die Einführung von Wochenkarten hat sich ebenfalls als sehr praktisch erwiesen; sie erleichtert sehr die notwendige teilweise Anrechnung der Lebensmittelkarten. Sonntags wird nicht gekocht, damit die Frauen gezwungen sind, wenigstens einmal in der Woche für ihre Familie selbst zu kochen

Dr. jur. W. **Grube**-Berlin, Vertreter des Verbandes Deutscher Kaufmännischer Genossenschaften, insbesondere der Lebensmittelkleinhändler, bittet diese mehr als bisher beim Bezug der Waren für die Massenspeisungen zu beteiligen, da sie schon an und für sich durch Krieg sehr geschädigt seien. Eine solche Beteiligung wird sich besonders dann ermöglichen lassen, wenn sich die Kleinhändler zu Einkaufs-Genossenschaften vereinigt haben.

Frau v. **Stark**-Potsdam empfiehlt Schulspeisungen unter Verabfolgung von ganzen Portionen, da die Kinder mit Rücksicht auf ihr Wachstum mehr Nahrung bedürfen, als vielfach angenommen wird. Statt maschineller Einrichtungen sollte bei den Massenspeisungen mehr Frauenarbeit herangezogen werden.

Direktor **Adolphs**-Köln: Maßgebend muß bei den Massenspeisungen die rationelle Ausnutzung der Lebensmittel sein. Ob fahrbare Küchen, Zentralküchen, Zentralisation oder Dezentralisation hängt lediglich von den jeweiligen örtlichen Verhältnissen ab. Vor allem muß man bei der Einrichtung der Massenspeisungen außerordentlich vorsichtig zu Werke gehen und dafür sorgen, daß sie niemals versagen. Ein reichlicher Vorrat von Lebensmitteln muß unbedingt vorhanden sein; bei Ueberschwemmung des Marktes mit Gemüse und Obst sind Dörranstalten von großem Nutzen.

Frau **Goldstein**-Darmstadt: Ein Abzug von Lebensmittelkarten ist bei Wochenabonnements leicht durchführbar, bei einmaligen schwierig, aber auch durchführbar und berechtigt. Angemessen erscheint die Hälfte der Tages- bezw. Wochenrationen.

Nachdem dann noch Stadtrat **Licht**-Schöneberg ebenfalls die Anrechnung der Lebensmittelkarte als eine unbedingte Forderung der Gerechtigkeit bezeichnet und vor der Einführung des Wochenabonnements gewarnt hat, wird die Aussprache beendet.

Der **Vorsitzende** schließt hierauf die Verhandlungen mit dem Ausdruck der Genugtuung über die wertvollen Anregungen, die sie für die Frage der Massenspeisung gebracht haben. Er spricht den Wunsch aus, daß manche der Kriegseinrichtungen, die sich jetzt so glänzend bewährt haben, mit in die Friedenszeit hinübergenommen werden möchten, daß vor allem die Gewohnheit zur Genügsamkeit, zu der wir jetzt alle gekommen seien, uns auch nach dem Kriege erhalten bleiben möge und daß mit dem abscheulichen Protzentum, das wir in Deutschland mit dem Genuß von Fleisch und Fett betrieben haben, für alle Zeiten aufgeräumt werden möchte. Rpd.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Unfälle durch Vergiftung mit Dinitrobenzol. Von Prof. Dr. Fritz Reuter, Landgerichtsarzt in Wien. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge. Jahrg. 1916, 52. Bd., 1. H.

Verfasser berichtet über drei von ihm beobachteten Betriebsunfälle durch Vergiftung mit Dinitrobenzol; sie betrafen eine Arbeiterin und einen Arbeiter, die beim Brechen und Mahlen von Dinitrobenzol in einer Leimfabrik beschäftigt waren, und einen Arbeiter, dem die Reinigung der Mühle oblag. Einer von den Arbeitern erlag der Vergiftung. Die bei den Vergifteten beobachteten Krankheitserscheinungen waren: Zyanose des Gesichts, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Brechreiz und leichter Ikterus. Während diese Erscheinungen in den beiden günstig verlaufenden Fällen nach mehreren Wochen zurückgingen, verschlimmerte sich der Zustand des verstorbenen Arbeiters in kürzester Zeit; es trat heftiges Erbrechen und Benommenheit auf, der Puls wurde klein und frequent; schon 18 Stunden nach dem Aussetzen der Betriebsarbeit trat der Tod im tiefen Koma ein. An der Leiche wurden festgestellt: Leichte ikterische Verfärbung der Haut, grauviolette Totenflecke, gelbgrünliche Verfärbung der Fingernägel (durch Berührung mit Dinitrobenzol), auffallend dunkles, leicht ins bräunliche verfärbtes, größtenteils flüssiges Blut, hämorrhagische Anschoppung der beiden unteren Lungenlappen, aspirierter Mageninhalt in den Bronchien, postmortale Erweichung des unteren Anteiles der Speiseröhre, fettig entartetes Herz, hämorrhagischer Inhalt im Magen, blutreiche und von Blutungen durchsetzte Magenschleimhaut, leichte katarrhalische Erscheinungen im Darm, besonders am oberen Dünndarm, bei hyperämischen und von kleinen Blutungen durchsetzter Schleimhaut in den oberen Darmabschnitten; keine entzündlichen Erscheinungen in den Nieren; im Mageninhalt nur geringe Mengen von Dinitrobenzol, im Hirn überhaupt kein Dinitrobenzol nachweisbar. Die Vergiftungen waren zweifellos entstanden durch Einatmung des giftigen Staubes, durch Gelangen der im Mund und Rachen sich festsetzenden Dinitrobenzolteilchen bei der Einnahme von Nahrungsmitteln in den Magen sowie durch die Haut. Die klinischen Erscheinungen und der Obduktionsbefund bestätigen die von anderer Seite gemachten Beobachtungen und festgestellten Versuchsergebnisse (Straßmann, Schroeder und Strecker), daß bei der Einwirkung des Dinitrobenzols das Blut, ähnlich wie bei einer Nitrobenzolvergiftung, seine Fähigkeit verliert, Sauerstoff aufzunehmen und sein O-Gehalt daher verringert wird. Die Folge davon sind: Zyanose des Gesichts, Blutfärbung der Lungen- und anderer Schleimhäute sowie Ikterus. Daneben kommt auch eine lähmende Wirkung auf das Zentralnervensystem in Betracht. Rpd.

Ueber diagnostische Bedeutung des Blutdrucks bei Unfallneurosen. Von Oberarzt Dr. P. Horn-Bonn. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 24 und 25.

Bei Unfallneurosen kommen auffallend oft Steigerungen des systolischen Blutdrucks vor, abnorme arterielle Senkungen nur ausnahmsweise. Vor allem zeigen die Schreckneurosen und die Neurosen nach lokaler Verletzung, letztere besonders im Stadium der Rentenkampfneurose, erhöhte arterielle Werte; bei Kommotionsneurosen zerebralen und spinalen Typs ist ihre Häufigkeit erheblich geringer.

Auch Steigerungen des diastolischen Blutdrucks und erhöhte Pulsdruckamplituden sind bei Unfallneurosen, insbesondere bei Schreckneurosen festzustellen. Dagegen kommt den Blutdruckquotienten eine differentialdiagnostische Bedeutung bei den Unfallneurosen nicht zu. Die arteriellen Blutdruckwerte zeigen starke Abhängigkeit von seelischen und körperlichen Einwirkungen (Blutdrucklabilität), während der diastolische Blutdruck im allgemeinen konstanter bleibt.

Diagnostische Bedeutung können aber abnorme Blutdruckwerte nur dann beanspruchen, wenn die „normalen" Grenzen nicht zu eng gezogen sind. Werte von 60—90 mm Hg nach Riva-Rocci für den diastolischen Blutdruck, von 110—140 mm Hg (bei Leuten über 40 Jahren bis zu 150 mm) für den

systolischen Blutdruck und von 25—60 mm Hg für die Pulsdruckamplitude können im allgemeinen als pathologisch nicht bezeichnet werden.

Abnorme Blut- und Pulsdruckwerte können bei unkomplizierten Fällen als wichtiges, der willkürlichen Beeinflussung durch den Kranken meist entzogenes „objektives“ Symptom der Unfallneurosen bewertet und diagnostisch verwertet werden.

Bei Komplikationen von Unfallneurosen mit Arteriosklerose, Nierenleiden und Herzfehlern müssen die jeweiligen Begleiterscheinungen (sonstige kardiovaskuläre Störungen, ihre Labilität und Abhängigkeit von nervösen Einflüssen) den Ausschlag geben, ob die Blutdruckanomalie als nervöse Erscheinung oder als Symptom der organischen Veränderung anzusehen ist.

Steigerungen des Blutdrucks können in der Aetiologie der Arteriosklerose im allgemeinen nicht als ursächlicher, sondern nur als disponierender oder begünstigender Umstand betrachtet werden. Jedenfalls führen Unfallneurosen trotz des häufigen Vorkommens von Blutdruckanomalien nur in Ausnahmefällen zu arteriosklerotische Veränderungen; für diese sind in der Regel toxisch-infektiöse Ursachen sowie Ernährungsstörungen verantwortlich zu machen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Tabes und Unfall. Von Dr. Friedrich Leppmann-Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge. Jahrg. 1916, 52. Bd., 1. H.

Dem Verfasser stand für seine Ausführungen ein verhältnismäßig reiches Material zur Verfügung: 41 Fälle und zwar 15 aus eigener Sachverständigentätigkeit, 13 als Mitgutachter und 13 aus den Akten der Landesversicherungsanstalt Berlin. Sie werden von ihm zum größten Teil ausführlich mitgeteilt, soweit sie für die Beantwortung der von ihm behandelten Fragen über die Entstehung von Tabes infolge Unfalls bei vorhandener Syphilis, über den Einfluß des Unfalls auf den Verlauf bestehender Tabes, über die Verwechselung von Tabes und Paralyse als Fehlerquelle von Unfallgutachten sowie über perverse Unfallfolgen neben Tabes von besonderen Wert erscheinen. Die Frage, ob es beim Menschen eine nicht syphilitische Tabes, also auch eine „rein“ traumatische Tabes gibt, ist bekanntlich noch immer unentschieden; Verfasser will die Möglichkeit einer solchen Unfallfolge, z. B. nach Wirbelverletzung mit nachfolgender eitriger Wirbelosteomyelitis und Sepsis, nicht völlig verneinen; er selbst hat aber keinen derartigen Fall beobachtet. In keinem seiner Fälle von Tabes und Unfall konnte Syphilis ausgeschlossen oder unbedenklich behauptet werden, daß das Rückenmark erst durch den Unfall dem Syphilisgifte zugänglich gemacht wäre. Je sorgfältiger die einzelnen Fälle aufgeklärt werden konnten, um so regelmäßiger ergaben sich Bedenken gegen die Annahme nicht nur der rein traumatischen, sondern auch der traumatisch-syphilitischen Tabes; nur in einem Falle traumatisch-syphilitischer Tabes überwogen die positiven Beweise für einen ursächlichen Zusammenhang gegenüber den negativen. Jedenfalls ist aber eine durch körperliche Verletzung mit verursachte Tabes eine so seltene Ausnahme, daß sie nur auf Grund besonders zwingender Beweise im Einzelfalle angenommen werden darf. Auch die Annahme der Verschlimmerung einer vorhandenen Tabes durch Unfall ist nur dann gerechtfertigt, wenn eine solche Verschlimmerung nach Zeit oder Art dem regelmäßigen Verlaufe der Tabes nicht entspricht und sich dem Unfall unmittelbar angeschlossen hat; also plötzliche Zunahme der Ataxie (z. B. infolge längerer durch die Unfallverletzung bedingten Bettruhe), Entwicklung von Krankheitserscheinungen, die mit der Art des Unfalls in Beziehung stehen und nicht zum Bilde der Tabes gehören (z. B. Sehnervenschwund nach Kopfverletzung), Entstehung von Knochenbrüchen und Gelenkerkrankungen im Anschluß an oft geringe Verletzungen. Erfahrungsgemäß besteht auch die Möglichkeit, der Entwicklung von progressiver Paralyse bei Tabes nach Verletzungen oder Erschütterungen des Kopfes; nur soll man sich hüten, jede seelische Störung oder gar jede nervöse Erregung bei Tabikern für eine Paralyse anzusehen und darüber womöglich die Tabes selbst zu übersehen. Gerade diese Fehldiagnose ist bei der Unfallbegutachtung der Tabes die häufigste und folgenschwerste. Der gegenwärtige Stand der Nervenheilkunde schützt uns vor derartigen Fehl-

[illegible] die Erkennung der [illegible] in ihren [illegible] ermög[illegible] [illegible] seines [illegible] der Unterschenkel [illegible] mit [illegible] in den [illegible] [illegible] auffällige Veränderungen der [illegible] usw. [illegible] aber die [illegible] auf [illegible] und [illegible] der Be[illegible] mit [illegible] der [illegible] usw. [illegible] wird [illegible] und [illegible] wird [illegible] in Bezug auf ihren [illegible] Zusammenhang mit dem [illegible] [illegible].

Ueber die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbstmord. Von Prof. Dr. W. Weygandt, Hamburg-Friedrichsberg. (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge. [illegible])

Die Frage des [illegible] Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbstmord [illegible] von großer Bedeutung [illegible] es handelt es sich [illegible] [illegible] Schwierigkeit [illegible] [illegible] Zurechnungsfähigkeit [illegible] [illegible] Wenn auch erfahrungsgemäß in der über[illegible] [illegible] psychisch abnormer [illegible] nach Ansicht des Verfassers [illegible] zu zeigen [illegible] ein gewisses Maß von [illegible] wie Mangel an [illegible] Stim[illegible] [illegible] gehörig [illegible] werden muß. [illegible] als eine psychopathologische [illegible] werden. Schwierig ist allerdings die Beurteilung in zweifelhaften Fällen, weil die Übergänge von dem nur leicht vom völlig normalen abweichenden Zustande zu dem psychisch schwer gestörten und völlig willensfreien Zustande fließend und unmerklich ist. Am einfachsten wäre es [illegible], wenn der ärztliche Sachverständige schätzungsweise den Grad der Abweichung von der Norm angeben könnte; geringfügige Abweichungen von 5–10 % werden dann ebenso [illegible] behandelt werden können, wie [illegible] bei der prozentualen Einschätzung der Erwerbsfähigkeit unberücksichtigt bleiben. Die ärztliche Prüfung der ursächlichen Beziehungen zwischen Unfall und Selbstmord stößt außerdem insofern noch auf besondere Schwierigkeiten, als die Beweisaufnahme gewöhnlich sehr lückenhaft ist und vor allem über das psychische Vorleben des Selbstmörders vor dem Unfall im Stich läßt, so daß der Gutachter daraus meist nur ein schwaches Abbild des Tatsächlichen erhalten kann. In solchen Fällen ist es eine besondere Aufgabe des Gutachters, die aus der Beweisaufnahme sich ergebenden, oft geringfügigen positiven Anhaltspunkte entsprechend zu verwerten, wie dies von dem Verfasser in dem von ihm mitgeteilten Fall geschehen ist. Es handelte sich hier um den Selbstmord eines Schlossers, den er [illegible] Jahr nach einen Unfall (Bruch des linken Fersen- und Sprungbeins sowie Bruch und Verschiebung des horizontalen Astes des rechten Schienbeines infolge Sturzes von einer Leiter) begangen hatte. Die Hinterbliebenen führten den Selbstmord auf die geistige Depression zurück, die sich nach der schweren Verletzung bei dem Betreffenden eingestellt habe und beanspruchten Hinterbliebenenrente. Verfasser konnte auf Grund geringfügiger, aber tatsächlicher Anhaltspunkte, die ihm die Zeugenaussagen, namentlich die der Ehefrau, boten, sein Gutachten dahin abgeben, daß die bei dem Selbstmörder vorhandene psychische Eigenart und die dadurch bewirkten

Störungen depressiver Art schon vor dem Unfall bestanden hätten und deshalb nicht mit Gewißheit oder einigermaßen hoher Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang des Selbstmordes mit dem Unfall angenommen werden könnte. Rpd.

Unmöglichkeit einer genauen Abschätzung der Beschleunigung des Todes bei der Verschlimmerung eines Krebsleidens durch Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. April 1916.

Der Arbeiter G. R. hatte sich bis zum 4. Juli 1913 ganz gesund und arbeitsfähig gefühlt. An diesem Tage hatte er mit einem Stempel einen Stoß gegen die Magengegend erhalten, der ihn wegen furchtbarer Schmerzen zu einer 20—30 Minuten dauernden Arbeitsunterbrechung nötigte. R. konnte noch bis zum 23. August 1913 weiterarbeiten; dann mußte er jedoch wegen Appetitlosigkeit, Abmagerung usw. den Arzt aufsuchen, der ihn am 22. September 1913 in das Knappschaftslazarett überwies, wo er am 3. Oktober operiert wurde. Am 21. Oktober konnte er als gebessert entlassen werden, starb aber schon am 7. November 1913 an einem Krebs der Bauchspeicheldrüse. Der Anspruch seiner Hinterbliebenen auf Unfallentschädigung wurde in den beiden ersten Instanzen abgewiesen, weil die befragten Aerzte aus dem Ergebnis der Leichenöffnung den Schluß zogen, daß der Krebs nur sehr langsam gewachsen und wahrscheinlich schon bei der Verletzung vorhanden war. Der Unfall könne allerdings möglicherweise das Wachstum der Krebsgeschwulst etwas gefördert haben. In der Regel rechne man bei den Krebsen der Bauchspeicheldrüsen mit einer Lebensdauer des Patienten von 6—8 Monaten nach dem Auftreten der ersten Symptome. Der Unfall habe im Falle des R. vielleicht komplizierend gewirkt und eine Verkürzung der Lebensdauer um 2—4 Monate verursacht. Bei dem durch das Krebsleiden sowieso dem Tod verfallenen R. könne die durch den Unfall möglicherweise bedingte Verkürzung der Lebensdauer um nur 2—4 Monate nicht einer wesentlichen Verschlimmerung gleich erachtet werden.

Zur Beurteilung des von den Hinterbliebenen dagegen eingelegten Rekurses befragte das Reichsversicherungsamt den als Autorität auf dem Gebiete der Krebsforschung allseits anerkannten Professor Dr. von Cz., um welchen Zeitraum nach seiner Ansicht der Tod des R. durch den Unfall wahrscheinlich beschleunigt worden ist. Der Sachverständige erklärte, man sei vollkommen auf willkürliche Schätzungen angewiesen. Es sei wohl richtig, daß die durchschnittliche Lebensdauer nach dem ersten Auftreten der Erscheinungen bei Krebs der Bauchspeicheldrüsen 6—8 Monate betragen möge, aber die Krebsfälle seien so verschieden in ihrem zeitlichen Verlauf, daß kein Mensch sagen könne, wie lange R. ohne den Unfall noch gelebt hätte; er glaube, daß 1 Jahr möglicher Lebensdauer nach Beginn der ersten Symptome hoch gerechnet ist und komme somit auf etwa 8 Monate, um die vielleicht das Leben des R. durch den Unfall verkürzt wurde. Das Reichsversicherungsamt schloß sich diesem Obergutachten an. Wenn der Senat auch die Möglichkeit als gegeben erachtet hätte, daß der Tod des R. durch den Unfall im gewissen Grade beschleunigt worden sei, so sei doch keine ausreichende Unterlage für die Annahme gegeben, daß es sich hierbei um einen längeren Zeitraum handelte. Nach dem ärztlichen Gutachten lasse sich die Zeitspanne, auf deren Durchleben R. ohne den Stoß gegen den Leib noch hätte rechnen können, keineswegs mit auch nur einiger Sicherheit bestimmen. Nach allem sei eine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, daß der Unfall den tödlichen Ausgang der Krankheit wesentlich beschleunigt habe, nicht begründet. Der Rekurs wurde daher zurückgewiesen. (Kompaß; 1916, Nr. 14.)

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Cholera.

Cholera und Paratyphus B. (Aus der Med. Universitäts-Poliklinik Halle a. S.) Von Dr. H. Jastrowitz. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Da die Gastroenteritis paratyphosa sehr häufig unter dem Bilde der Cholera nostras auftritt, die von der Cholera asiatica klinisch nicht zu differenzieren ist, vermag nur die bakteriologische Untersuchung ätiologisch aufzu-

klären. Aber auch dafür liegen gelegentlich komplizierte Verhältnisse vor, so daß die Klärung des Krankheitsbildes in der Richtung des Paratyphus oder das Vorhandensein der epidemiologisch viel wichtigeren Choleravibrionen nicht gelingt oder daß nach Sicherstellung der letzteren ein gleichzeitiges Bestehen einer typhösen Erkrankung als „Choleratyphoid" anzunehmen ist. J. gibt einen Fall bekannt, der lediglich als schwere, durch Paratyphus B hervorgerufene Gastroenteritis mit nachfolgendem typhösen Stadium erschien, während die bakteriologische Untersuchung Choleravibrionen ergab. Nach den Einzelheiten des Falles handelte es sich um eine primäre Cholera und um keinen Bazillenträger, auch nicht um eine nachträgliche Paratyphusinfektion.

Das Zusammentreffen von Paratyphus und Cholera ist bisher nur einmal beschrieben von Macini, der am 16. Tage das Einsetzen der Cholera beobachtete. Im vorliegenden Falle ist das gleichzeitige Einsetzen beider Erkrankungen besonders bemerkenswert.

Die richtige und schnelle Diagnose solcher Fälle ist nur möglich, wenn in choleraverseuchten bezw. -bedrohten Ortschaften der Stuhl jedes unter akuten Gastrointestinalerscheinungen Erkrankten auf das Vorhandensein von Choleravibrionen untersucht wird. Die Choleradiarrhoe ist an sich, namentlich aber bei Vakzinierten, eine häufige Form des Morbus asiaticus; ferner können Mischinfektionen und dysenterieähnliche Formen andere Krankheitsbilder vortäuschen. Es ist daher nur durch systematische bakteriologische Kontrolle der Neuaufgenommenen Fehldiagnosen und einer Verbreitung der Cholera wirksam vorzubeugen. Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Behandlung der Cholera. Von Stabsarzt Prof. Dr. Arneth in Münster, z. Z. im Felde. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 31.

Bei der Prüfung von Behandlungsmethoden der Cholera ist zuvor zu prüfen, wie der Epidemiecharakter hinsichtlich seiner Schwere und in welchem Zeitpunkte der Epidemie der behandelte Fall gelegen war. Da die Behandlung so früh wie nur irgend möglich beginnen soll, ist die Verschiebung des Schwerpunktes der Cholerabehandlung in das allererste Stadium zur Prophylaxe oder Milderung des schweren Choleraanfalles das Hauptziel der Behandlung.

Im Bolus alba und in der Tierkohle besitzen wir zwei Mittel, die, ohne selbst in größten Mengen schädlich zu wirken, durch Fixations- bezw. Absorptionswirkung sowohl eine Entwicklungshemmung der Cholerabazillen, als auch eine Unschädlichmachung der Endotoxine im Darme bewerkstelligen. Diese Wirkung, die den wichtigsten kausalen Indikationen bei der Cholera genügt, kann sich aber nur zu Beginn der Erkrankung als segensreich entwickeln; deshalb ist der geeignetste und aussichtsreichste Zeitpunkt für die Behandlung der Aufenthalt des Kranken bei der Truppe unmittelbar nach Eintritt der ersten Symptome. Es ist dringend zu raten, in cholera- (und ruhr-) verseuchten Gegenden jeden heftigeren verdächtigen Durchfall sofort mit großen Dosen Bolus alba zu behandeln und, falls anstelle der vorgeschriebenen Behandlung in Isolierkrankenstuben ein Transport notwendig wird, auch noch in der Feldflasche eine genügende Menge Bolus alba in Tee aufgeschwemmt (vor dem Trinken Schütteln!) mitzugeben. Zweimal 400 g ist als tägliche Grenzgabe nach oben anzusehen. Mit Abführmitteln ist die Entfernung der Cholerabazillen und ihrer Gifte aus dem Darm nicht zu erzielen.

Zur Beseitigung der Giftwirkung der bereits resorbierten Endotoxine stehen besondere Mittel nicht zur Verfügung außer der Schutzwirkung einer vorausgegangenen Choleraimpfung.

Als weitere Maßnahmen kommen in Betracht die Kochsalz-Infusionen (subkutan und intravenös 2—4 Liter täglich, mehrere Tage lang) zur Bekämpfung des Wasserverlustes. Verfasser empfiehlt, zur 0,6 %igen Na Cl-Lösung zurückzukehren, von dieser subkutan einen Liter unter den Schlüsselbeinen oder am Oberschenkel zu injizieren, dies häufiger zu wiederholen und bei darniederliegender Resorption mit leichter Massage nachzuhelfen. Die Injektion der $4^1/_2$ %igen chemisch reinen sterilen Traubenzuckerlösung bietet keinen Vorzug; sie sollte nur intravenös einverleibt werden, da ihre subkutane Injektion heftige Schmerzen und lokale Reizerscheinungen macht.

Sehr wichtig ist die Zuführung von Wärme durch heiße Umschläge (keine heißen Bäder), heiße Krüge und Flaschen, Einleiten heißer Luft unter die Bettdecke, Einreiben mit Flüssigkeiten (Kölnisch Wasser, Rum, Kognak, Alkohol, Essigwasser usw.), sowie in der Darreichung von medikamentösen Analeptiicis wie Koffein, Digipurat, Digifolin, Strophantin, Kampferöl subkutan und intravenös, Suprarenineinspritzungen, Kampferäthermischungen usw.; in extremen Fällen sind auch intrakardiale Injektionen angezeigt, um über die schwersten Zustände von Herzschwäche hinüberzukommen.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

2. Fleckfieber.

Züchtung des Bacterium typhi-exanthematici nach Plotz, Olitzky und Baehr. Von Assistenzarzt Dr. L. Paareth, derz. Kommandant eines bakteriolog. Laboratoriums im Felde. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 24.

Verfasser beschreibt das von Plotz, Olitzky und Baehr ausgearbeitete Kulturverfahren bei Fleckfieber, ohne näher auf die Aetiologie der Erkrankung einzugehen. Die Nährbodenbereitung, die Anlegung der Blutkulturen und die Anstellung der Agglutinationsproben werden in der Arbeit klar und ausführlich angegeben. P. hat im ganzen bei 5 Fleckfieberfällen Blutkulturen angelegt und zweimal Bakterienkolonien erhalten. Die anaeroben Kolonien werden nach 5—21 Tagen sichtbar, haben die Gestalt eines scharfkantigen Triangels oder Ypsilons und zeigen wie das umgebende Praezipitat bräunliche Färbung; die Bakterien sind kleine polymorphe Kurzstäbchen und färben sich nach Gram. Zur völligen Sicherung der Bakteriendiagnose muß positive Agglutination mit Tierimmun- oder Rekonvaleszentenserum gefordert werden. Für die praktische Diagnostik ist das Verfahren zu umständlich und langwierig, wohl aber dürfte sich die Agglutinationsprobe mit den Plotz, Olitzky und Baehrschen Bakterien nützlich erweisen besonders für die Diagnose abgelaufener Fälle. Die damit gemachten Erfahrungen stimmen mit denen der amerikanischen Forscher darin überein, daß die Fleckfieber-Rekonvaleszenten in ihrer großen Majorität monatelang positive Agglutination zeigen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Aetiologische Untersuchungen bei Fleckfieber. Von Dr. Eugen Csernel. Ministerial-Bakteriologe. Vorläufige Mitteilung aus der Zentral-Untersuchungsstation des kgl. ung. Ministeriums des Innern (Vorstand: Privatdozent Dr. Karl Kaiser). Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 35.

Die Untersuchungen beruhen auf der bakteriologischen Blutuntersuchung von 60 Flecktyphusfällen, die in den letzten 2 Jahren auf der Abteilung des Dr. Furka im St. Gellert Spital in Budapest behandelt wurden.

Die meisten früheren Untersucher hatten Kokken gesehen, die oft den Eindruck eines Diplobacillus machten. Bei der Prüfung der von Fuerth gegebenen Photogramme sieht man aber, daß die als kleine Diplobazillen beschriebenen Stäbchen oft als große, plumpe Bazillen vorkommen können, sogar auch als lange Fäden, wie sie Thoinot und Calmette schon 1892 gesehen haben.

Plotz schildert die Krankheitserreger als kleine, plumpe Bazillen mit bipolarer Färbung, die anfangs alle obligat anaërob sind.

Die Erscheinungsformen des von dem Verfasser aus dem durch Aderlaß gewonnenen Blute gezüchteten Bacillus vereinigen nun die von den meisten Untersuchern gefundenen morphologischen Eigentümlichkeiten. Die Variabilität des Bacillus erklärt das Rätsel, der sich widersprechenden Befunde; die verschiedenen Formen treffen in einem Bacillus zusammen. Durch die Anaphylaxie, durch die Agglutinationsproben (1 : 50 bis 1500), durch Komplementablenkungsproben und in Tierversuchen hat sich der Bacillus als der Erreger des Flecktyphus bestätigt.

Die Tierversuche wurden nur an Meerschweinchen ausgeführt. Das Impfen mit Bazillen ergab insofern ein ähnliches Resultat, wie das mit Exanthematikusblut, als die Hälfte der Tiere refraktär blieb, die andere eine einige Tage lang anhaltende Temperatursteigerung auf 38,5 bis 39,2° zeigte. Zum Diagnostizieren zweifelhafter Fälle ist die anaphylaktische Probe sehr geeignet.



Zum Auffinden in Sekreten scheint sich die Eigenschaft des Bacillus zu eignen, daß er auf einem mit Natriumsulfit entfärbten Fuchsinagar in roten Kolonien wächst. Dr. Mayer-Simmern.

3. Diphtherie.

Die Verbreitung und Bekämpfung der Diphtherie. Von W. Kruse Münchener medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 35.

Das Jahr 1895 bedeutet einen ähnlichen Wendepunkt in der Diphtherie wie das Jahr 1800 bei der Pockenerkrankung. Die Diphtherie wird noch viel zu sehr unterschätzt; 12000 Diphtherietodesfälle hat Deutschland alljährlich. Die Hauptsache ist eine möglichst frühzeitige Seruminjektion. Die Bazillenträger außerhalb der Anstalt zu isolieren, ist praktisch undurchführbar. Der Schulschluß ist nicht einmal zweckmäßig. Manche Epidemie, die angeblich durch Behandlung der Bazillenträger erloschen ist, wäre auch ohne diese zu Ende gekommen (besonders bei Beginn des Sommers gehen die Diptherieepidemien erfahrungsgemäß von selbst oft zurück. Ref.). Dr. Graßl-Kempten.

4. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution.

Die Prostitution jugendlicher Mädchen in München im Kriegsjahr 1915. Von Landgerichtsrat Rupprecht. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Die befürchtete Zunahme der Prostitution durch den Krieg ist nicht eingetreten, namentlich nicht die der Jugendlichen. Die Einrede, daß der Krieg die Ursache der Prostitution gewesen sei, findet man überraschend selten, gewöhnlich werden die bekannten Ursachen angegeben. Dr. Graßl-Kempten.

5. Tetanus.

Zur Frage des Blutbefundes bei Tetanus. (Aus der medizinischen Universitätsklinik in Halle a. S.) Von Dr. Grote, Assistenzarzt. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 31.

Wir finden beim Tetanus im allgemeinen eine Leukozytose von vorwiegend neutrophilem Charakter. Schon zu Beginn der Krankheit werden Leukozytenwerte von 10000 und darüber nicht selten gefunden. Die neutrophilen Leukozyten vermehren sich bis zu 80% der Gesamtzahl und zwar unter gleichzeitiger Verminderung der Lymphzellen des Blutes. Die übrigen Kategorien der weißen Blutkörperchen zeigen kein charakteristisches Verhalten. Die Vermehrung der Neutrophilen ist im wesentlichen abhängig von dem gleichzeitigen Krampfzustand der Muskulatur. Je heftiger die Krämpfe waren, um so höhere Werte erreichte die Leukozytose. Sie hält während der tetanischen Erscheinungen an und überdauert diese in der Regel um einige Zeit.

Bei intralumbaler Injektion des Heilserums kann die Leukozytenzahl im Blute absinken unter gleichzeitiger Ansammlung der weißen Blutkörperchen im Liquor cerebrospinalis. Während der Muskelkrämpfe läßt sich weniger Glykogen in den Leukozyten nachweisen als in der Rekonvaleszenz. Parallel gehend hierzu rufen die Muskelkräfte eine Hypoglykämie hervor.

Dr. Roepke-Melsungen.

Der gegenwärtige Stand der Tetanustherapie. Von Dr. Fr. S. Kaiser, z. Z. ordinierender Arzt am Reservelazarett zu Blankenburg a. H. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin XVI. B., 2. H. Würzburg 1916. Verlag von Curt Kabitzsch. Preis: 0,85 M.

Prophylaktisch ist bei allen auf Tetanusinfektion verdächtigen Wunden für eine energische Wundrevision mit Freilegung aller Buchten und Winkel, für Entfernung aller Fremdkörper und nekrotischer Gewebsfetzen sowie für guten Abfluß der Wundsekrete zu sorgen. Frakturen sind gut zu fixieren, Amputationen nur im Notfalle auszuführen. Ausspülung der Wunde mit Wasserstoffsuperoxyd und täglicher Verbandwechsel; außerdem so frühzeitig als möglich Einspritzung von mindestens 20 A. E. Tetanusserum. Beim Ausbruch der Tetanuserkrankung ist eine „Ueberschwemmung" des Körpers mit großen

Serumdosen angezeigt (bis zu 12 Tagen hintereinander täglich 600—700 A. E. entweder intralumbal je 100—200, oder intravenös zu 200—300 A. E.). Als Schlaf-Beruhigungsmittel kommen in Betracht Morphium (bis 6 × 0,02 g täglich), Chlorhydrat (bis zu 10 g täglich); recht gut wirken auch 4,0—6,0 g Chloralhydrat mit 0,05—0,06 g Morphium täglich, Luminal oder Luminalnatrium (je 0,2—0,4 g, bis 1,5 g täglich). heiße Bäder (40—42° C.) von 20—25 Minuten Dauer. In Bezug auf die Pflege sind erforderlich dauernde Bewachung der Kranken, Fernhaltung jeglicher äußerer Reize, Sorge für ausreichende Ernährung, reichliche Flüssigkeitszufuhr sowie Entleerung von Blase und Darm. Rpd.

---

6. Weilsche Krankheit.

Beiträge zur Frage der sogenannten Weilschen Krankheit (ansteckende Gelbsucht). Von Stabsarzt Dr. Goebel, kommandiert zum beratenden Hygieniker. Aus dem Laboratorium des beratenden Hygienikers der . . . Armee (Oberstabsarzt Prof. Dr. Uhlenhuth). Medizinische Klinik; 1916, Nr. 15.

Es werden die Erkrankungen zweier Laboratoriumsdiener beschrieben, die ohne Ikterus verliefen, durch den Tierversuch aber als Weilsche Krankheit sichergestellt wurden. Die geimpften Meerschweinchen wurden gelb, in ihrer Leber fanden sich zahlreiche Spirochäten. Der eine Fall ist auch noch insofern interessant, als im Beginn der 3. Woche eine Iritis auftrat. Inzwischen sind derartige Iritiden mehrfach zur Beobachtung gekommen; sie treten beiderseits auf, bilden sich meist jedoch schnell zurück. Die Infektion der beiden Kranken ist bei der Arbeit im Laboratorium mit Virus-Material erfolgt, ohne daß der genaue Infektionsweg mit Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Es steht jedoch fest, daß spirochätenhaltiges Meerschweinchen-Virus eine Infektion des Menschen hervorrufen kann; ob durch Hautschrunden, blutsaugende Insekten oder von der Schleimhaut des Rachens aus durch verschmutzte Nahrungsmittel die Infektion zustande kommt, muß erst aufgeklärt werden. Es sei noch erwähnt, daß 2 Meerschweinchen im Seuchenstall ebenfalls spontan an typischem Ikterus infektiosus erkrankt waren. In allen zweifelhaften Fällen empfiehlt sich der Tierversuch (defibriniertes Blut) zur Sicherung der Diagnose. Auch ohne daß bei den erkrankten Menschen Ikterus auftrat, ergab die Verimpfung des Blutes auf Meerschweinchen bei diesen Ikterus mit Spirochätenbefund in der Leber.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Zur Weilschen Krankheit. Von Oberstabsarzt Dr. Krumbein und Dr. Frieling. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 19.

Während Uhlenhuth und Fromme berichteten, daß Hunde nach Einspritzungen größerer Mengen Meerschweinchenvirus keine Krankheitserscheinungen gezeigt haben, kommen die Verfasser zu dem Ergebnis, daß Hunde unter dem Bilde des Weilschen Icterus infectiosus erkranken können. Auch ist die Uebertragung der Weilschen Krankheit von Hund auf Mensch möglich. In den beobachteten 2 Fällen ist die Uebertragung wahrscheinlich indirekt durch Hundeflöhe oder Mücken, weniger wahrscheinlich durch Blutkontaktinfektion erfolgt; auch Ungeziefer als infizierender Zwischenträger kommt in Betracht.

Die Inkubationszeit der menschlichen Weilschen Krankheit scheint lang (3 Wochen) zu sein. Bei der Behandlung wirkt die reichliche Zufuhr von Kochsalzlösungen günstig. Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Hans Geith, Präparator des pathologischen Instituts in München: **Kurze Anleitung zur Herstellung pathologisch-histologischer Präparate und Zusammenstellung der gebräuchlichsten Färbemethoden.** München 1916. J. F. Lehmanns Verlag. Kl. 8°; 48 S Preis: geb. 1,50 M.

Verfasser gibt eine kurze, die gebräuchlichsten Methoden berücksichtigende Anweisung zur Herstellung pathologisch-histologischer Präparate, zur Färbung dieser Präparate und zur Färbung von Bakterien usw., sowie zur



Herstellung der erforderlichen Farblösungen. Sie eignet sich zum praktischen Gebrauch nicht nur für Anfänger, für die sie in erster Linie bestimmt ist, sondern wird auch sonst bei derartigen Laboratoriumsarbeiten von Nutzen sein. Rpd.

Dr. M. Vaerting: Mutterpflichten gegen die Ungeborenen. Eine Mahnung zur Bevölkerungserneuerung nach dem Kriege. Berlin 1915. Concordia, Deutsche Verlags-Anstalt. 12°; 74 S. Preis: 75 Pfg.

Die vorliegende Schrift will in 7 Abschnitten (Vorbereitung des weiblichen Körpers auf die Mutterschaft — Gute Väter — Wert der Liebe für die Kindererzeugung — Bestes Altersverhältnis der Eltern — Vor der Vereinigung — Verhaltungsmaßregeln während der Schwangerschaft — Zwischen den Geburten) den Eltern die Wege weisen, körperlich und geistig möglichst tüchtige und leistungsfähige Kinder zu erzeugen. Sie richtet sich vor allem an die Mütter, weil diesen von der Natur die Haupttätigkeit bei der Erschaffung des Kindes zugeteilt ist und sie deshalb das größte natürliche Interesse daran haben, daß ihr im Kinde das mütterliche Meisterwerk gelingt. Ein körperlich und geistig tüchtiges Kind ist für sie der schönste Lohn für die schweren und mühseligen Mutterschaftsleistungen. Die aus den neuesten biologischen Forschungen des Verfassers geschöpften Ratschläge verdienen daher um so mehr die größte Beachtung und weiteste Verbreitung, als die Sorge für einen tüchtigen Nachwuchs gerade jetzt eine der wichtigsten Lebensfragen für das deutsche Volk bildet. Rpd.

Tagesnachrichten.

Nach dem Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten (Nr. 37 d. J., S. 314) haben in Preußen die für **Kreisärzte vorgeschriebene Prüfung** in den Jahren 1910—1915 bestanden mit dem Ergebnis:

	sehr gut	gut	genügend	zusammen
1910 . . .	3	20	15	38
1911 . . .	2	16	7	25
1912 . . .	1	15	8	24
1913 . . .	2	24	11	37
1914 . . .	—	15	4	19
1915 . . .	1	6	2	9
Summa:	9	96	47	152
Durchschnittlich jährlich:	1,5	16	7,8	25,3
=	6,0 %	63,0 %	31,0 %	100 %

Es geht daraus hervor, daß die Zahl der Aerzte, die sich der kreisärztlichen Prüfung unterzogen und diese bestanden haben, infolge des Krieges eine sehr erhebliche Abnahme erfahren hat, und zwar gegenüber dem letzten Friedensjahre (1913) um 50 % bezw. um 75 % (1915).

Auf der am 27. August d. J. in Leipzig abgehaltenen **Sitzung des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes** gelangte die Mitwirkung des Aerztevereinsbundes an der **Ergänzungsausbildung der notgeprüften Aerzte** zur Erörterung. Die Besprechung dieses Gegenstandes der Tagesordnung, an der auch Vertreter der Preußischen Staatsregierung (die Herren Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich und Prof. Dr. Adam-Berlin) teilnahmen, führte zu der einstimmigen Ansicht, daß den notapprobierten Aerzten nach Beendigung des Krieges Gelegenheit zur Fortbildung gegeben werden müsse. Am geeignetsten werden hierzu seminaristische Kurse von einer dreimonatigen Dauer angesehen. Die Kurse sollen nur an solchen Orten stattfinden, in denen die verschiedensten Fächer ausreichend vertreten sind und das genügende Lehrmaterial vorhanden ist, wie in Akademien für praktische Medizin in den Hauptstellen der ärztlichen Fortbildung und in Universitäten. Den Lehrern ist ein angemessenes Honorar zu gewähren. Die Kurse sollen für die Teilnehmer un-

entgeltlich sein, und da es im Interesse der Allgemeinheit liegt, daß möglicht viele notapprobierte Aerzte von der ihnen gebotenen Gelegenheit Gebrauch machen, so ist zu wünschen, daß die Teilnehmer dieser Kurse ein Stipendium erhalten, aus dem sie den Lebensunterhalt der Fortbildungszeit bestreiten können. Die Teilnehmer der Kurse dürfen während der Fortbildungszeit sich nicht als Arzt niederlassen. Es soll versucht werden, daß Reich und Einzelstaaten sich bei der Aufbringung der Kosten beteiligen. Der Geschäftsausschuß hält es für wünschenswert, daß der Aerztevereinsbund und andere ärztliche Körperschaften einen Beitrag zu diesen Kosten gewähren. In den zur weiteren Ausarbeitung der Angelegenheit beabsichtigten Ausschuß sollen zwei Vertreter des Geschäftsausschusses entsandt werden. Der Geschäftsausschuß hält es für notwendig, daß auch ein Vertreter des Leipziger Verbandes in diesen Ausschuß zugezogen wird.

Betreffs der Beteiligung der Aerzte an den **Fürsorgebestrebungen** wurde weiterhin folgender Beschluß gefaßt:

„Der Geschäftsausschuß bittet alle dem Bunde angeschlossenen Vereine, die bereits eingeleiteten oder erst noch geplanten Fürsorgebestrebungen aufmerksam im Auge zu behalten und an ihrer Durchführung tatkräftig mitzuarbeiten. Im besonderen sollen die zuständigen Aerztevereine sich allenthalben einen maßgebenden Einfluß auf die Einrichtung und den Betrieb der Fürsorge- und Beratungsstellen sichern, sollen die leitenden Aerzte dazu erwählen, und sollen bei der Anstellung und Ueberwachung aller Hilfskräfte (Fürsorgeschwestern, Bezirksfürsorgerin, -pflegerin usw.) maßgebend mitwirken.

Es muß immer und immer wieder mit allem Nachdruck betont werden, daß die Fürsorgebestrebungen nur dann einen Erfolg haben und ihren Zweck erreichen können, wenn sie ohne jede Schädigung der Aerzte an Ansehen und Erwerb durchgeführt werden, und wenn es gelingt, auf dieser Grundlage alle Aerzte zur Mitarbeit zu gewinnen."

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Kasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Braun-Weida (Thüringen).
Stabsarzt Dr. Clausnitzer-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wilhelm Christ-Kempten (Bayern).
Stabsarzt d. Res. Dr. Arnold Fuchs-Breslau.
Oberstabsarzt Dr. Haugg-München.
Oberarzt d. Res. Dr. Guido Hausknecht-Neustadt a. Aich (Mittelfranken).
Stabsarzt d. L. Dr. Theodor Holm-Röhlinghausen (Reg.-Bez. Arnsberg).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Richard Jahn-Wriezen (Reg.-Bez. Potsdam).
Assistenzarzt Dr. E. Jantke-Glogau.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Oswald Kloberg-Leipzig-Lindenau.
Stabsarzt Dr. G. Lange (Inf.-Reg. 128).
Stabsarzt d. Res. Dr. Fritz Lommel-Buer-Resse (Reg.-Bez. Münster).
Generaloberarzt Dr. Anselm Mayr-Ansbach.
Generalarzt Dr. Paalzow-Berlin.
Feldunterarzt Alfred Peter.
Oberarzt d. Res. Dr. Erwin Schmidt-Karlsruhe (inzwischen gefallen).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Berthold Stahr-Marienburg i. Westpr.
Stabsarzt d. L. Med.-Rat Dr. **Stengel,** Bezirksarzt in Lahr i. Baden.
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Wolf-Zabern (Els.).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Med.-Rat Dr. Kluge, Kreisarzt in Wolmirstädt, z. Z. Reservelazarettdirektor in Quedlinburg; hat außerdem das Herzogliche Anhaltinische Friedrichskreuz erhalten.
Stabsarzt d. Res. und Bataillonsarzt a. D. Med.-Rat Dr. Peren, Kreisarzt in Aachen.
Dr. Max Wunsch, Kreisarzt in Litauen.



diagnosen, da er die Erkennung der Tabes schon in ihren Frühstadien ermöglicht (lichtstarre Pupillen, Rombergsches Schwanken, Fehlen der Kniereflexe, sowie subjektive Beschwerden wie durchschießende Schmerzen in den Gliedern, plötzliche Magenschmerzen mit Erbrechen, auffällige Veränderungen der geschlechtlichen Erregbarkeit, Doppelsehen usw.) Je früher aber die Tabes auf Grund sorgfältiger Beobachtungen und Untersuchungen, auch der Berührungs-, Schmerz- und Druckempfindlichkeit, des Lagegefühls an den Zehen, der Zielbewegungen bei geschlossenen Augen usw., festgestellt wird, desto gerechter und zutreffender wird die Beurteilung, namentlich in bezug auf ihren ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall, ausfallen. Rpd.

Ueber die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbstmord. Von Prof. Dr. W. Weygandt-Hamburg-Friedrichsberg. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge; Jahrg. 1916, 52. Bd., 1. H.

Die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbstmord ist namentlich in versicherungsrechtlicher Hinsicht von großer Bedeutung und hier wiederum verschiedentlich zu behandeln, je nachdem es sich um Privatversicherung oder staatliche Unfallversicherung handelt. Im ersteren Falle muß der Nachweis des willensfreien Zustandes mit überzeugender Schärfe geführt sein, während bei der letzteren das Bestreben besteht, in zweifelhaften Fällen zugunsten des Versicherten zu entscheiden, und schon eine Herabsetzung der psychisch normalen Verfassung als ausreichend erachtet wird. Der ärztliche Sachverständige darf sich aber auch in diesen Fällen nicht verleiten lassen, die Grenzen zwischen schwerer geistiger Störung und einer leichteren Abweichung von der Norm oder zwischen Unzurechnungsfähigkeit und Willensunfreiheit einerseits und verminderter Zurechnungsfähigkeit oder auch beschränkter Geschäftsfähigkeit anderseits völlig zu verwischen und in dubio pro aegroto sive mortuo einzutreten. Wenn auch erfahrungsgemäß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Selbstmördern ein psychisch abnormer Geisteszustand vor der Tat vorliegt, so ist es nach Ansicht des Verfassers bedenklich, einen physiologischen Selbstmord zu leugnen, zumal ein gewisses Maß von bestimmter geistiger und moralischer Eigenschaften wie Mangel an Ausdauer, Standfestigkeit und Selbstüberwindung, erhöhte Reizbarkeit, Stimmungslabilität usw. noch als in den Bereich der physiologischen Breite gehörig bezeichnet werden muß. Nicht jeder Selbstmord kann ohne weiteres als eine psychopathologische Handlung angesehen werden. Schwierig ist allerdings die Beurteilung in zweifelhaften Fällen, weil die Uebergänge von dem nur leicht vom völlig normalen abweichenden Zustande zu dem psychisch schwer gestörten und völlig willensunfreien durchaus fließend und kontinuierlich ist. Am einfachsten wäre es deshalb, wenn der ärztliche Sachverständige schätzungsweise den Grad der Abweichung von der Norm abgeben könnte; geringfügige Abweichungen von 5—10% werden dann ebenso unbeachtlich behandelt werden können, wie sie bei der prozentualen Einschätzung der Erwerbsfähigkeit unberücksichtigt bleiben. Die ärztliche Prüfung der ursächlichen Beziehungen zwischen Unfall und Selbstmord stößt außerdem insofern noch besonders auf Schwierigkeiten, als die Beweisaufnahme gewöhnlich sehr lückenhaft ist und vor allem über das psychische Vorleben des Selbstmörders vor dem Unfall im Stich läßt, so daß der Gutachter daraus meist nur ein schwaches Abbild des Tatsächlichen erhalten kann. In solchen Fällen ist es eine besondere Aufgabe des Gutachters, die aus der Beweisaufnahme sich ergebenden, oft geringfügigen positiven Anhaltspunkte entsprechend zu verwerten, wie dies von dem Verfasser in dem von ihm mitgeteilten Fall geschehen ist. Es handelte sich hier um den Selbstmord eines Schlossers, den er 2/3 Jahr nach einen Unfall (Bruch des linken Fersen- und Sprungbeins sowie Bruch und Verschiebung des horizontalen Astes des rechten Schienbeines infolge Sturzes von einer Leiter) begangen hatte. Die Hinterbliebenen führten den Selbstmord auf die geistige Depression zurück, die sich nach der schweren Verletzung bei dem Betreffenden eingestellt habe und beanspruchten Hinterbliebenenrente. Verfasser konnte auf Grund geringfügiger, aber tatsächlicher Anhaltspunkte, die ihm die Zeugenaussagen, namentlich die der Ehefrau, boten, sein Gutachten dahin abgeben, daß die bei dem Selbstmörder vorhandene psychische Eigenart und die dadurch bewirkten

Störungen depressiver Art schon vor dem Unfall bestanden hätten und deshalb nicht mit Gewißheit oder einigermaßen hoher Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang des Selbstmordes mit dem Unfall angenommen werden könnte. Rpd.

Unmöglichkeit einer genauen Abschätzung der Beschleunigung des Todes bei der Verschlimmerung eines Krebsleidens durch Unfall. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. April 1916.

Der Arbeiter G. R. hatte sich bis zum 4. Juli 1913 ganz gesund und arbeitsfähig gefühlt. An diesem Tage hatte er mit einem Stempel einen Stoß gegen die Magengegend erhalten, der ihn wegen furchtbarer Schmerzen zu einer 20—30 Minuten dauernden Arbeitsunterbrechung nötigte. R. konnte noch bis zum 23. August 1913 weiterarbeiten; dann mußte er jedoch wegen Appetitlosigkeit, Abmagerung usw. den Arzt aufsuchen, der ihn am 22. September 1913 in das Knappschaftslazarett überwies, wo er am 3. Oktober operiert wurde. Am 21. Oktober konnte er als gebessert entlassen werden, starb aber schon am 7. November 1913 an einem Krebs der Bauchspeicheldrüse. Der Anspruch seiner Hinterbliebenen auf Unfallentschädigung wurde in den beiden ersten Instanzen abgewiesen, weil die befragten Aerzte aus dem Ergebnis der Leichenöffnung den Schluß zogen, daß der Krebs nur sehr langsam gewachsen und wahrscheinlich schon bei der Verletzung vorhanden war. Der Unfall könne allerdings möglicherweise das Wachstum der Krebsgeschwulst etwas gefördert haben. In der Regel rechne man bei den Krebsen der Bauchspeicheldrüsen mit einer Lebensdauer des Patienten von 6—8 Monaten nach dem Auftreten der ersten Symptome. Der Unfall habe im Falle des R. vielleicht komplizierend gewirkt und eine Verkürzung der Lebensdauer um 2—4 Monate verursacht. Bei dem durch das Krebsleiden sowieso dem Tod verfallenen R. könne die durch den Unfall möglicherweise bedingte Verkürzung der Lebensdauer um nur 2—4 Monate nicht einer wesentlichen Verschlimmerung gleich erachtet werden.

Zur Beurteilung des von den Hinterbliebenen dagegen eingelegten Rekurses befragte das Reichsversicherungsamt den als Autorität auf dem Gebiete der Krebsforschung allseits anerkannten Professor Dr. von Cz., um welchen Zeitraum nach seiner Ansicht der Tod des R. durch den Unfall wahrscheinlich beschleunigt worden ist. Der Sachverständige erklärte, man sei vollkommen auf willkürliche Schätzungen angewiesen. Es sei wohl richtig, daß die durchschnittliche Lebensdauer nach dem ersten Auftreten der Erscheinungen bei Krebs der Bauchspeicheldrüsen 6—8 Monate betragen möge, aber die Krebsfälle seien so verschieden in ihrem zeitlichen Verlauf, daß kein Mensch sagen könne, wie lange R. ohne den Unfall noch gelebt hätte; er glaube, daß 1 Jahr möglicher Lebensdauer nach Beginn der ersten Symptome hoch gerechnet ist und komme somit auf etwa 8 Monate, um die vielleicht das Leben des R. durch den Unfall verkürzt wurde. Das Reichsversicherungsamt schloß sich diesem Obergutachten an. Wenn der Senat auch die Möglichkeit als gegeben erachtet hätte, daß der Tod des R. durch den Unfall im gewissen Grade beschleunigt worden sei, so sei doch keine ausreichende Unterlage für die Annahme gegeben, daß es sich hierbei um einen längeren Zeitraum handelte. Nach dem ärztlichen Gutachten lasse sich die Zeitspanne, auf deren Durchleben R. ohne den Stoß gegen den Leib noch hätte rechnen können, keineswegs mit auch nur einiger Sicherheit bestimmen. Nach allem sei eine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, daß der Unfall den tödlichen Ausgang der Krankheit wesentlich beschleunigt habe, nicht begründet. Der Rekurs wurde daher zurückgewiesen. (Kompaß; 1916, Nr. 14.)

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Cholera.

Cholera und Paratyphus B. (Aus der Med. Universitäts-Poliklinik Halle a. S.) Von Dr. H. Jastrowitz. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Da die Gastroenteritis paratyphosa sehr häufig unter dem Bilde der Cholera nostras auftritt, die von der Cholera asiatica klinisch nicht zu differenzieren ist, vermag nur die bakteriologische Untersuchung ätiologisch aufzu-

Außerdem haben erhalten:

Das Großherzoglich Hessische Militär-Sanitätskreuz am Kriegesbande: Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Balser-Darmstadt und Med.-Rat Dr. Schwan, Kreisarzt in Dieburg.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Hans Butter-Dresden (infolge von Krankheit gestorben).
Feldarzt Dr. R. Cohn-Charlottenburg (infolge von Krankheit gestorben).
Feldunterarzt R Demme-Hamburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Maximilian Frey-Saarbrücken.
Feldunterarzt H. Hill-Kulkwitz.
Oberarzt Dr. Adolf Kühn-Hirschberg i. Schles.
Oberarzt d. L. Dr. Guido Müller-Jückelberg (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt d. Res. Dr. G. Rörig (infolge von Krankheit gestorben.
Assistenzarzt d. Res Dr. H. Salich-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Schmidt-Karlsruhe.
Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Schrader-Loslau (Oberschlesien) (infolge von Krankkheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. Schroeder.
Feldunterarzt W. Stroof-Lindenthal bei Cöln a Rh.
Feldarzt Dr. Karl Tlach-Ratibor.
Stabsarzt d. Res. und Bataillonsarzt Dr. Martin Weyl-Berlin.

Außerdem ist gefallen: Leutnant Fritz Thümmler, Sohn des Med.-Rats Dr. Thümmler, Gerichtsarzt in Leipzig.

Cholera. In Bosnien und in der Herzegowina sind vom 23. bis 31. Juli: 12 Erkrankungen (mit 5 Todesfällen), in der Türkei vom 14. Mai bis 7. Juli: 5147 (2698) vorgekommen, darunter 145 (76) in Konstantinopel.

Fleckfieber. Im Deutschen Reiche ist in der Woche vom 3. bis 9. September: 1 Erkrankung (bei einem Kriegsgefangenen) amtlich gemeldet; in Oesterreich vom 21. Mai bis 27. Juni: 527, 418, 440, 274 und 131, davon in Galizien 507, 397, 438, 238 und 126; in Ungarn vom 24. Juli bis 13. August: 3, 2 und 3, in Bosnien und in der Herzegowina vom 7. Mai bis 17. Juni: 46, 20, 7, 9, 16 und 4.

Pocken. Im Deutschen Reiche sind in der Woche vom 3. bis 9. September 5 Erkrankungen festgestellt, außerdem nachträglich 21 abgelaufene pockenverdächtige Fälle.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 13. bis 26. August 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 12 (—), 15 (—); Tollwut: — (—), — (1); Milzbrand: 1 (—), — (—); Pocken: 9 (—), 10 (—); Unterleibstyphus: 222 (28), 308 (22); Ruhr: 329 (26), 691 (16); Diphtherie: 1501 (77), 1869 (99); Scharlach: 966 (58), 1204 (57); Kindbettfieber: 54 (18), 48 (16); Genickstarre: 18 (5), 2 (5); spinaler Kinderlähmung: 7 (—), 3 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 13 (2), 17 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 32, 114; Tuberkulose (gest.): 675, 682.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 19. Ausgegeben am 5. Oktober 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 19.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: Dem ord. Prof. in der medizinischen Fakultät Dr. Heine in Kiel und dem a. o. Prof. Dr. Falkenheim in Königsberg i. Pr.; — das Prädikat Professor: Den Privatdozenten Dr. W. Clausen und Dr. Kurt Justi in Halle a. Saale, Dr. Max Stöckel und Dr. Karl Thomas in Berlin, Dr. Werner Kunze in Kiel, Dr. O. Dragendorff und Dr. Prym in Bonn.

Ernannt: Privatdozent Prof. Dr. Kirschner in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät; der prakt. Arzt Dr. Becker in Liegnitz zum kommissarischen Kreisassistenzarzt daselbst.

Versetzt: Der ordentl. Professor Dr. Kißkalt, Direktor der hygienischen Universitätsanstalt in Königsberg i. Pr. in gleicher Eigenschaft nach Kiel,

(Fortsetzung der Personalien auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

Med.-Rat Dr. Israel, Kreisarzt in Fischhausen in gleicher Eigenschaft nach Breslau (Landkreis).

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Janert, Kreisarzt in Seehausen (Reg.-Bez. Magdeburg), unter Verleihung des Königl. Kronenordens III. Klasse.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Emil Richter in Breslau, Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Biedert in Straßburg i. Els., Med.-Rat Dr. Schow, Kreisarzt in Neustadt (Holstein), Geh. Med.-Rat Dr. O. Schwartz in Cöln a. Rhein.

Königreich Bayern.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Dietsch in Hof.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Obergeneralarzt Dr. Müller in Dresden zum Ehrenmitgliede der I. Abteilung des sächsischen Gesundheitsamtes.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Hankel, medizinischer Rat bei der Kreishauptmannschaft in Zwickau unter Verleihung des Offizierkreuzes des Königl. Sächsischen Albrechtsordens.

29. Jahrg. 1916.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 19.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Okt.

Mitteilung.

Der für diese Nummer der Zeitschrift bestimmte Originalartikel ist von dem zuständigen Sanitätsamte beanstandet; um die dadurch bewirkte verspätete Herausgabe der Nummer nicht noch länger zu verzögern, erscheint diese deshalb ausnahmsweise ohne einen Originalartikel und in etwas geringerem Umfange.

Der Herausgeber.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Der Tod durch Elektrizität. Von Fritz Lesser. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 8.

Bucky faßt den menschlichen Körper als Leitungsnetz auf; offenbar ist diese Ansicht richtig; es wäre deshalb zu wünschen, daß sich ein Experimentator fände, der sie aufnähme. Er würde zunächst zu ergründen haben, welchen Weg unter bestimmten Voraussetzungen der Strom und seine stärkeren Verzweigungen nehmen werden und wo auf diesen Rahmen stärkere Widerstände sich finden. Dort wird man dann die Todesursache zu suchen haben, da an diesen Stellen die Umsetzung der Stromarbeit hauptsächlich stattfinden wird. Eine Erschwerung liegt in der Berücksichtigung des Wechselstromes, weil bei diesem

nicht, wie beim Gleichstrom, der Widerstand allein, sondern die Impedanz (Widerstand und Selbstinduktion) in die Betrachtung einzubeziehen sein wird. Gerade die Ermittelung der Einwirkung des Wechselstromes, und zwar des zurzeit hauptsächlich verwendeten Ein- oder Dreiphasenstromes, von hoher Spannung und der Frequenz 50, bei dem die meisten Unfälle vorkommen, würde praktisch von der größten Bedeutung sein. Dr. Wolf-Hanau.

B. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Zur Frage der Wundbehandlung, insbesondere der Ueberhäutung großer Wundflächen. Von Oberarzt Dr. Spiegel. Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Lichtenberg. (Leitender Arzt: i. V. Prof. Dr. Köhler.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 16.

Der auf allen Fronten entstandene Schützengrabenkrieg bringt es mit sich, daß Verwundungen durch Minen- und Granatsplitter weit häufiger vorkommen, als Schußverletzungen durch Infanteriegeschosse. Bei solchen Granatsplitterverletzungen kommt es fast immer zu größeren Zerstörungen und Substanzverlusten, deren Ausheilung äußerst langwierig und undankbar ist; namentlich macht die Ueberhäutung der dabei meist vorhandenen größeren Wundflächen Schwierigkeiten, besonders wenn diese, wie in der Mehrzahl der Fälle, nicht auf operativem Wege zu erreichen ist. Der Chirurg ist dann auf nicht operative Verfahren, insbesondere auf die Salbenbehandlung angewiesen. Verfasser hat mit den hauptsächlich hierfür in Betracht kommenden Mitteln (Höllensteinstift, Jodoform, Leukozon, 8%ige Scharlachrotsalbe, 2%ige Pellidolsalbe, Granugenol und Winters Kombustinsalbe) Versuche angestellt und die besten Erfolge mit der Winterschen Kombustinsalbe erzielt, die infolge ihrer Zusammensetzung [1]) gegenüber den sonst gebräuchlichen Mitteln große Vorteile bietet und die mit jenen verbundenen Nachteile vermeidet Durch ihre pastenartige Konsistenz ist sie sehr sparsam sowohl im Verbrauch der Salbenmenge, als auch der Verbandstoffe, die sie nicht durchfettet und dadurch auch eine Verklebung mit der Wundfläche unmöglich macht. Ihre stark sekretionsbeschränkende Eigenschaft ermöglicht es, den Verband drei bis vier Tage und länger liegen zu lassen. Reizerscheinungen werden selbst bei wochenlang fortgesetztem Gebrauch weder auf der Wundfläche noch der gesunden Haut beobachtet. Die Ueberhäutung geht bei sachgemäßer Anwendung auffällig rasch vonstatten und zeichnet sich gegenüber dem Gebrauch anderer Salben dadurch aus, daß nicht nur vom Rande aus sich Epithelhalbinseln auf die Wundfläche schieben, sondern bei oberflächlichen Verletzungen, besonders Aetzoder Brandwunden ersten bis zweiten Grades, auch in der Mitte der Wundfläche schnell fortschreitende Epithelinseln entstehen. Die Salbe besitzt außerdem den Vorzug, daß sie verhältnismäßig billig ist. Verfasser ist es bei einer großen Anzahl verwundeter Soldaten und anderer Personen gelungen, durchweg gute Erfolge, besonders bei Verbrennungen, zu erzielen und selbst riesige Wundflächen, z. B. eine Granatsplitterverletzung, die den Verlust der Haut der Rückseite des Oberschenkels von den Glutäen bis dicht unterhalb der Kniekehle zur Folge hatte, ohne Hinterlassung von Bewegungsstörungen zu überhäuten. Unterstützt wurde diese Behandlung in besonders schweren Fällen noch durch Verbindung mit Teilbädern (Dauer-, Seifen- und Salzbädern) Lichtbügel und Heißluft (Fön).

Rpd.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Bericht über die Tätigkeit der öffentlichen bakteriologisch-diagnostischen Untersuchungsanstalt am pathologisch anatomischen Institut in Prag. Von Obersanitätsrat Prof. Dr. Ghon und Dr. Roman. Das österreichische Sanitätswesen; 1916, Nr. 13—17.

---

[1]) Die Salbe besteht aus Alaun-, Wismut- und Zinkverbindungen 24%, Perubalsam 0,9%, Borsäure 0,1%, Amylum 25%, gewachste gelbe Vaseline 50% und wird von F. Winter jr., Chemische Fabrik, Fährbrüke i. S., hergestellt. Der Preis der Salbe beträgt 6 Mark für eine 300 g-Büchse, die sich besonders für Krankenhäuser usw. eignet.

Der Bericht umfaßt die Tätigkeit während der Zeit vom 1. Juli 1914 bis 30. Juni 1915 (5754 Eingänge) und enthält: 1. eine Zusammenstellung der Untersuchungen nach ihrer Herkunft und nach ihren wichtigsten Ergebnissen, sowie 2. allgemeine und besonders wissenschaftliche Erörterungen über a) Mikrococcus meningitis cerebrospinalis, b) die Dysenteriegruppe, c) die Typhus-Koligruppe, d) den Choleravibrio, e) Fleckfieberinfektionen und f) einige Infektionen anderer Aetiologie. Dr. Wolf-Witzenhausen.

2. Typhus.

Ueber die diagnostische Bedeutung der Widalschen Reaktion und des Nachweises der Typhusbazillen im Blute und Kote. Bekanntmachung des Königlichen Landes-Gesundheitsamtes. Korrespondenzblatt der ärztlichen Kreis- und Bezirks-Vereine im Königreiche Sachsen; 1916, Nr. 16.

Da die Erfahrungen der letzten Monate gezeigt haben, daß über die Bedeutung und den Wert der Widalschen Probe bei Unterleibstyphus widersprechende Meinungen verbreitet sind, hält es das Königliche Landes-Gesundheitsamt für angezeigt, den Aerzten des Landes folgende Gesichtspunkte bekanntzugeben und zur Berücksichtigung zu empfehlen:

1. Die Widalsche Reaktion ist nicht das Typhusdiagnostikum schlechthin, das mit Sicherheit das Bestehen oder das Nichtvorhandensein einer typhösen Erkrankung anzeigt. Sie ist nur ein Hilfsmittel für die Sicherstellung der Typhusdiagnose; ihr Ausfall darf für die Diagnose nur unter Berücksichtigung der Höhe des Agglutinationstiters, der Vorgeschichte des Krankheitsfalles, seiner Dauer und der klinischen Erscheinungen verwertet werden.

2. Sie läßt beim Typhuskranken erst dann ein positives Ergebnis erwarten, wenn er sich in der zweiten Krankheitswoche befindet.

3. Ein negativer Ausfall der Reaktion spricht bei vorhandenem Typhusverdachte nicht gegen das Bestehen eines Typhus. Es empfiehlt sich die Reaktion zu wiederholen.

4. Ein positiver Ausfall ist, wenn er bei einer Serumverdünnung von mindestens 1 : 80 erzielt wurde, für die Sicherstellung der Typhusdiagnose von großer Bedeutung. Es ist dabei aber immer zu berücksichtigen, daß der betreffende Kranke früher eine typhöse Erkrankung durchgemacht haben kann und daß infolgedessen sein Blut eine positive Reaktion gibt. Ferner ist nicht außer acht zu lassen, daß in seltenen Fällen auch bei anderen Erkrankungen, so besonders bei Fällen von Gelbsucht, die Reaktion positiv ausfallen kann.

5. Bei Personen, bei denen eine regelrechte Schutzimpfung gegen Typhus vorgenommen ist, pflegt die Reaktion in der Regel noch längere Zeit — mindestens 3 bis 5 Monate lang — positiv auszufallen.

6. Das Bestehen eines Typhus wird sicher durch den Nachweis der Typhusbazillen im Blute erwiesen, der bei Personen, die nicht gegen Typhus schutzgeimpft worden sind, bereits in der ersten Krankheitswoche, bei schutzgeimpften Personen etwas später erbracht werden kann. Zu diesem Nachweise ist es nötig, 5 bis 10 ccm Blut in sterilisierter Rindergalle an eine der im Lande bestehenden bakteriologischen Untersuchungsstellen einzusenden. Galleröhrchen werden von den erwähnten Anstalten auf Wunsch abgegeben.

7. Der Nachweis von Typhusbazillen im Stuhle gelingt meist erst, wenn Geschwüre im Darme sich gebildet haben, also frühestens am Ende der zweiten Krankheitswoche. Er ist mit Vorsicht zu bewerten, da Typhusbazillen im Stuhle ohne das Bestehen einer Typhuserkrankung bei Bazillenträgern gefunden werden.

Zur Diagnostik des Abdominaltyphus bei Geimpften. Von Oberarzt Dr. Rob. Löwy. Aus dem k. und k. Epidemiespital der Quartiermeister-Abteilung Nr. 9. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 31.

Der Verlauf des Typhus hat sich unter dem Einfluß der Schutzimpfungen der zweiten Hälfte des Jahres 1915 wesentlich geändert. Bei den abortiven Formen, die jetzt beobachtet werden, treten nach einer vorübergehenden

Temperatursteigerung von 4—8 Tagen und mit späterhin noch auftretenden abendlichen Steigerungen wieder normale Temperaturen auf. Es gibt sogar nach wiederholter Impfung nicht selten Typhen mit ganz kurzem Fieberverlauf, mit charakteristischer Zunge und Milztumor mit negativem bakteriologischem und serologischem Befund. Das meist konstante Symptom ist immer noch der Milztumor; der Wert dieses Symptoms sinkt nur durch den Umstand, daß noch 10 Wochen nach der letzten Impfung in 7% der Fälle Milzvergrößerung beobachtet worden ist (Goldscheider, Kemmerer, Woltering), und daß man ziemlich häufig bei Soldaten mit ausgebreiteten Exkoriationen nach starker Verlausung eine deutliche Milzvergrößerung findet.

Da in jenen leichten Fällen sowohl die bakteriologische, als die serologische Untersuchung versagt, muß man annehmen, daß hier der Abdominaltyphus nur eine lokale Darmerkrankung darstellt.

Unter gewissen Einschränkungen kann sonst die Gruber-Widalsche Reaktion auch bei Geimpften als diagnostisches Behelf bewertet werden. Unmittelbar nach der Impfung ist auch das Ansteigen des Agglutinationstiters nicht beweisend; selbst in der 3. und 4. Woche muß die Reaktion wegen der leichten Beeinflußbarkeit durch biologische Vorgänge mit Vorsicht bewertet werden.

Fällt der Erkrankungstag innerhalb der ersten 3 Monate der letzten Impfung, so ist von besonderer diagnostischer Bedeutung für eine typhöse Erkrankung das meist steile und hohe Ansteigen der Agglutinationskurve. Dr. Mayer-Simmern.

Ein Fall von Kombination eines Bauchtyphus mit Fleckfieber. Von Dr. S. Feig, Arzt der I. medizinischen Abteilung (Prof. M. Sternberg) im k. und k. Krankenhause Wieden, z. Zt. Landsturm-Arzt im Isolierspital des k. und k. Kriegsgefangenenlagers Kleinmünchen bei Linz. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 21.

Es wird ein Fall von Bauchtyphus, kombiniert mit Fleckfieber, beschrieben. Am 4. Beobachtungstage war der ganze Körper mit einem Exanthem übersät, an Brust und Bauch stand die Roseola besonders dicht. Das ganze Bild sprach für Fleckfieber. Die Stuhluntersuchung ergab dagegen Typhusbazillen; auch die Agglutination fiel positiv aus. Der Kranke war nicht gegen Typhus geimpft und hatte vorher auch keinen Typhus durchgemacht. Das Exanthem wurde am 9. Tage haemorrhagisch. Nach dem ganzen Aussehen und Verlauf war Abdominaltyphus mit haemorrhagischer Diathese nicht anzunehmen. Der Temperaturabfall erfolgte kritisch. Das ist dadurch zu erklären, daß das Fleckfieber wahrscheinlich etwas später als der Paratyphus auftrat, diesen überdauerte und so dessen Sepsis maskierte.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

3. Paratyphus.

Zur Kenntnis des Paratyphus A. Von Dr. F. Loewenthal. (Aus der Direktorialabteilung des Allgemein städtischen Krankenhauses Nürnberg, Prof. Dr. J. Müller.) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 20.

Nach einem kurzen Ueberblick über die Paratyphus A-Literatur wird eine Paratyphus A-Infektion beschrieben, die bei einem Soldaten von der Ostfront zur Beobachtung gelangte, der mit der Diagnose: „lungenkrank" eingeliefert war. Das Krankheitsbild war wochenlang beherrscht von einer Bronchitis diffusa. Die klinischen Erscheinungen der Paratyphus A-Infektion sind die bekannten. Bemerkenswert ist das Aussehen der Roseolen, die im Zentrum kleine bis stecknadelkopfgroße weißliche Herde und Bläschen aufweisen, so daß die Roseola gleichsam eine Spitze erhält, ferner der Meningismus und die Rigidität der Muskeln. Aus der Blutgalle-Kultur wurden Paratyphusbazillen des Typhus A gezüchtet. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Atypischer Paratyphus A mit letalem Ausgang. Von Dr. R. Frenzel, Assistenzarzt d. Res. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Der im Januar d. J. beobachtete Fall von Paratyphus A endete letal und bot sowohl klinisch, wie pathologisch-anatomisch Besonderheiten. Klinisch

beherrschte eine akute hämorrhagische Nephritis das schwere Krankheitsbild. In beiden Nieren lagen zwei verschiedenartige Prozesse vor: eine embolische Nephritis entstanden durch Bazillenembolien und eine Glomerulonephritis älteren und frischeren Stadiums. F. sieht den Fall als einen „Nephroparatyphus A“ an, entsprechend dem sog. „Nephrotyphus“, dem analogen klinischen Krankheitsbild beim Typhus abdominalis. Da der Paratyphus A dem Typhus sehr nahe verwandt ist und erheblich näher steht, als dem Paratyphus B, so ist sein Auftreten in einer dem Nephrotyphus entsprechenden Variation durchaus nicht überraschend.

Im weiteren Verlauf standen Blutungen in die Haut, aus dem Zahnfleisch und aus der Nase, mithin die Erscheinungen einer hämorrhagischen Diathese im Vordergrunde; in den letzten Tagen vor dem Tode machten sich auch psychische Störungen bemerkbar. Obwohl man bisher noch keinen hämorrhagischen Paratyphus A beobachtet hat, so sind doch im Bilde des Paratyphus B, besonders der gastroenteritischen Verlaufsform, Hämorrhagien keine Neuigkeit.

Bei Züchtung der Paratyphus A-Stämme trat die Koagulation der Lackmusmannitnutroselösung (Barsiekow) durchweg erst im Laufe des zweiten Tages nach Beginn der Bebrütung ein im Gegensatz zu Paratyphus B-Stämmen, wo sie schon nach 15 Minuten Brutschrank vollständig ist. Sämtliche mit Paratyphus A-Bazillen beschickten Nährböden dieser Art waren nach 24 Stunden zwar gerötet, aber noch vollständig klar. Die gleiche Beobachtung ist bei einem sicheren Paratyphus A-Herd in Wolhynien gemacht.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

4. Fleischvergiftung.

Kasuistischer Beitrag zu Botulismuserkrankungen. Von Stabsarzt Dozent Dr. Josef Novotny und Karl Ringel. Aus dem k. und k. Reservespital Valgevo. Wiener klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 36.

Die bisher im Verlaufe des Krieges aus verschiedenen Kriegsschauplätzen veröffentlichten Berichte erhalten wenig von Fleischvergiftungserkrankungen.

Am 15. Mai 1916 wurde unter Choleraverdacht in das Krankenhaus Valjevo ein Infanterist eingeliefert, der vor 2 Tagen an Diarrhoen, Erbrechen, Krämpfen und Schwindel erkrankt war. Bei der Einlieferung bestanden Blepharopton, beiderseits Sehstörungen mit Doppeltsehen, leichter Strabismus convergens, Pupillenerweiterung, starkes Ileozoekalgurren; Blaufärbung und Kälte der Hände und unteren Gliedmaßen, krampfhafte Kontraktionen der Muskeln, so daß Finger und Zehen überstreckt gehalten werden, wellenförmige Kontraktionen der Wadenmuskeln, choleraähnliche Stühle und unstillbarer Brechreiz. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes, sowie die Blutproben auf Widal und Agglutination gegen Paratyphus B fielen negativ aus. Der Stuhl enthielt weder Cholera-, noch Ruhr-, noch Paratyphus B-Bazillen. Trotz der Aehnlichkeit mit dem Bilde der Cholera halten die Verfasser die Diagnose Botulismus für gesichert. Heilung unter Digalen-Na-Cl.-Injektionen und Anwendung eines inneren Mittels (welches? ist nicht angegeben).

Dr. Mayer-Simmern.

---

5. Malignes Oedem.

Ueber malignes Oedem. Von Prof. Dr. Eugen Fränkel-Hamburg-Eppendorf. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. Würzburg 1915. Verlag von Curt Kabitzsch. IV. Bd., 2. Heft. Preis des Einzelheftes (Gr. 8°; 80 S.): 6 Mark.

Unter den durch Anaërobien beim Menschen verursachten Wundinfektionskrankheiten nimmt bei Friedens- wie Kriegsverletzungen der Tetanus unzweifelhaft die bei weitem erste Stelle ein; in zweiter Linie dürfte nach den im jetzigen Krieg gesammelten Erfahrungen die als Gasbrand, Gasphlegmone bekannte Krankheit kommen, während das sog. maligne Oedem zu den seltensten Wundinfektionskrankheiten gehört, die ebenfalls durch einen von Koch mit dem Namen „Bacillus des malignen Oedems“ bezeichneten Bazill hervorgerufen wird. Verfasser hat Gelegenheit gehabt zur Untersuchung eines derartigen,

tödlich verlaufenen Falles, der ihn zu weiteren eingehenden bakteriologischen Untersuchungen veranlaßt hat. Danach ist als Charakteristikum des Oedembacillus anzusehen seine Befähigung, bei Mensch und Tier die Ausschwitzung eines meist rötlich gefärbten, bisweilen aber auch vollkommen wasserklaren, rein serösen, stets geruchlosen Serums im Unterhaut- bezw. Zwischenmuskelgewebe zu erzeugen. Bei den durch ihn hervorgerufenen Veränderungen handelt es sich um eine wässerige Transsudation eines serös-sanguinulenten Flüssigkeit in die Gewebe, während eigentlich entzündliche Prozesse, ebenso wie bei der Gasgangraen, durchaus in den Hintergrund treten. Ob als Ursache des malignen Oedems lediglich der von Koch als Erreger der Krankheit festgestellte Bazill zu gelten hat, ist noch nicht einwandsfrei erwiesen; vielleicht haben auch andere Anaërobien die Fähigkeit, malignes Oedem zu erzeugen. Soviel steht aber fest, daß weder eine Immunität gegen die Krankheit besteht, wie sie Brieger und Ehrlich angenommen haben, noch die weitere Annahme zutrifft, daß zur Ansiedlung des Erregers im menschlichen Körper erst dessen Befallenwerden von gewissen Infektionskrankheiten wie Typhus oder Diphtherie erforderlich ist. Besonders günstig für das Eindringen des Oedembazills sind jedenfalls Schußverletzungen, wie denn überhaupt die Haut in der Mehzahl der Fälle die Eintrittspforte für den Bazill bildet. In selteneren Fällen kann er auch von inneren Organen (z. B. vom Uterus, von der Mundhöhle oder vom Darm aus) in den Körper gelangen. Eine spezifische Therapie der Krankheit gibt es bis jetzt noch nicht; ihre Prognose ist schlecht und viel ungünstiger als bei der Gasphlegmone. Rpd.

---

6. Gasödem.

Zur Aetiologie, Pathogenese und Prophylaxe des Gasödems. Von Dr. Ernst Fränkel, Dr. Ludwig Frankenthal und Dr. Harry Koenigsfeld. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 26 und 27.

Seit Winter 1914/15 traten eine Reihe von putriden Wundinfektionen auf, die z. T. mit Gas-, z. T. mit Oedembildung einhergingen. Etwa 40 Fälle wurden pathologisch-anatomisch durchuntersucht, desgleichen einige verwundete und unter ähnlichen Erscheinungen verendete Pferde. Der erhobene Befund war der gleiche. Der Krankheitsprozeß ging meist aus von einer Granat- oder Minensprengung und blieb fast immer auf einen bestimmten Körperabschnitt beschränkt. Im Unterhautgewebe und in der Muskulatur fanden sich mehr weniger Gas und Oedembildung; die Gasbildung nahm zu mit der Zeit, die zwischen Tod und Sektion verstrich. Das Oedem war teils rein gelb, teils haemorrhagisch und fand sich vorwiegend im Unterhautgewebe in der näheren und weiteren Umgebung der Wunde. Die Muskulatur zeigte mehr weniger zundrige Beschaffenheit und seröse fibrinöse Exsudation im Zwischenmuskelgewebe. Fast stets war allgemeine Anaemie vorhanden, oft ein leichter haematogener Ikterus, einmal Haemoglobinurie, häufig subepikardiale und subpleurale Haemorrhagien. Die inneren Organe zeigten meist nichts besonderes.

In 78 Fällen von Gasphlegmone (Gasödem) wurden auch bakteriologische Untersuchungen angestellt, die die Einheitlichkeit der Veränderungen bewiesen. Den gleichen Befund lieferten 2 Untersuchungen von durch Granatverletzung erkrankten Pferden.

1. In der Wunde selbst fanden sich neben Staphylokokken, Streptokokken, Bacterium coli, Proteus, Pyocyaneus oder tetanusähnlichen Stäbchen konstant ziemlich kurze, plumpe, an den Enden leicht abgerundete Stäbchen, die sich teils in Diploform, teils in kurzen Ketten von 4—6 Gliedern lagerten, gelegentlich Fadenbildung zeigten.

2. Im Oedem waren in einiger Entfernung von der Wunde nur die Stäbchen in spärlicher Menge nachweisbar. Je weiter das Oedem von der Wunde entfernt war, desto weniger Bazillen darin.

3. In der Muskulatur fanden sich die Stäbchen in weit größeren Mengen, auch noch in makroskopisch und biologisch gesunden Partien und recht weit von der Wunde entfernt.

4. In den inneren Organen ließen sich bei frischen Sektionen die Stäbchen nur in seltenen Fällen finden.

Gegenüber der Gramfärbung zeigten die Stäbchen ein wechselndes Verhalten,

grampositiv mit allen Uebergängen bis zu gramnegativ. Auch die Sporenbildung war wechselnd. Die Sporen waren oval, mittel- bis endständig, einigemal auch 2 Sporen in einem Bacillus. Die Beweglichkeit im hängenden Tropfen fehlte in der großen Mehrzahl. In anaeroben Agar- und Traubenzucker-Agarkulturen erfolgte die Gasbildung schnell und sehr reichlich; in Bouillonkulturen trat rasch Trübung und Schaumbildung ein; war bei der Verimpfung Blutbeimengung vorhanden, so trat Haemolyse und Reduktion des gelösten Blutfarbstoffs auf. In Gelatine fand sich bei längerer Beobachtung meist Verflüssigung. Aerobe Aussaat blieb in der Regel steril.

Venenpunktionen ergaben beim Lebenden im allgemeinen ein negatives Resultat, nur eine Kultur lieferte ein positives Ergebnis ohne Gasbildung. In geringer Menge brauchen die Bazillen auch in Traubenzuckeragar kein Gas zu bilden. Der Transport der Bazillen scheint also nur sehr selten auf dem Blutwege stattzufinden. Die Befunde in den inneren Organen berechtigen zu dem Schluß, daß erst unter den Bedingungen der Agonie und post mortem die Verbreitung der Bazillen aus der Umgebung der Wunde (auf dem Blutwege etc.) in die inneren Organe stattfindet. Auch im Wundsekret von Leuten, die nicht an Gasphlegmone erkrankt waren, fanden sich neben anderen Keimen die Gasbazillen. Es ist daher anzunehmen, daß das ausschlaggebende Moment für das Zustandekommen der Infektion die Herstellung anaerober Wachstumsbedingungen für die Bazillen ist. Aus Granatsplittern und Tuchfetzen, die sich in Wunden fanden, ebenso aus Erdproben des Kampfgebietes ließen sich die Gasbazillen kulturell züchten; sie sind Säurebildner und gehören wohl zur Gruppe der Buttersäurebazillen.

Auch der Tierversuch wurde zu bakteriologischen und serologischen Untersuchungen herangezogen. Die Agglutination ist zur Diagnose der Erkrankung wegen des schnellen Verlaufes und der mangelhaften Agglutininbildung ungeeignet. Kulturen auf dem von v. Hibler angegebenen Gehirnnährboden ergaben übereinstimmend, daß der Hirnbrei nicht geschwärzt wurde. Milch wurde stets zur Gerinnung gebracht. In beiden Nährböden wurde Schaum(Gas-)bildung beobachtet. Die Stämme waren für sämtliche Versuchstiere (Pferd, Rind, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten, Mäuse) pathogen. Die Gasbildung zeigte sich im Tierversuch verschieden; sie war um so stärker, je schwächer die verwandten Kulturen waren (Behandlung bei 50°). Durch aktive Immunisierung eines Pferdes gelang es, ein Schutzserum herzustellen, daß Meerschweinchen gegen die 10- und 50fache tödliche Dosis schützte. Es sind Versuche im Gange, ein Pferd gleichzeitig gegen Tetanus und Gasphlegmone zu immunisieren, so daß Verwundete vielleicht mit einer einzigen Serum-Einspritzung gegen Tetanus und Gasphlegmone geschützt werden können. Dr. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Zur Frage der Aetiologie und Prophylaxe der Gasödeme. (Auf Grund gemeinsamer Untersuchungen mit Dr. E. Fränkel, Dr. Koenigsfeld und Dr. Frankenthal). Von L. Aschoff. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 17.

Unabhängig voneinander durchgeführte Untersuchungen ergeben, daß in allen genau genug geprüften Fällen weder der Welch-Fraenkelsche Gasbacillus, noch der Fraenkelsche Oedembacillus vorlag, sondern der Gasödembacillus folgende kulturellen und sonstigen Eigenschaften zeigte:

Morphologisch: plumpe Stäbchen, z. T. Diplokokkenformen, z. T. Ketten, gelegentlich Fadenbildung.

Gram-Färbung: positiv, wechselnd bis negativ.

Beweglichkeit: meist nur vereinzelte Exemplare, gelegentlich aber lebhaft.

Geißeln: vorhanden. Sporenbildung: wechselnd in ihren Bedingungen, aber immer vorhanden.

Kulturell: anaërobes Wachstum, Gasbildung in Agar, Vergährung des Traubenzuckeragars, Milchgerinnung von wechselnder Stärke; Hirnnährböden werden nicht geschwärzt; Gelatine wird meist verflüssigt; Kulturen sind meist geballt und aufgefasert, bei Wachstum in Agar scharf abgegrenzt, wenn Gasbildung.

Geruch: beim Tier geruchlos im Oedem, auf Zuckernährböden saurer Geruch (Buttersäure), sonst fader (fäulnisartiger) Geruch in Kulturen.

Tierversuch: pathogen für Mensch, Pferd, Rind, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratte, Maus.

Nach diesen Eigenschaften ist der Gasödembacillus am nächsten dem Ghon-Sachsschen Oedembacillus verwandt. Jedenfalls spielt er (echter Kochscher Bacillus des malignen Oedems?) eine ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung von menschlichen Wundinfektionen, die pathologisch-anatomisch alle Uebergänge von Gasphlegmone zum malignen Oedem erkennen lassen. Ein nahezu identischer Bacillus wurde bei spontan verletzten und an gashaltigem Oedem erkrankten Pferden gefunden.

Der beim Menschen gefundene Erreger vermag das Bild des gashaltigen Oedems bei Pferd und Rind in gleicher Weise zu erzeugen, steht also in bezug auf die Pathogenität zwischen dem Bacillus des malignen Oedems beim Pferde und dem des Rauschbrandes des Rindes. Der Grad der Verwandtschaft zwischen dem „echten" Oedembacillus und dem Rauschbrandbacillus bezw. ihre Variationsbreiten und ihre etwaigen Uebergänge bedürfen noch weiterer Untersuchungen, besonders in Rücksicht auf die Gewinnung einheitlich wirksamer Schutzsera. Gegen die Infektion mit dem oben beschriebenen Gasödembacillus wurde durch Behandlung eines Pferdes und eines Rindes mit Tarrozzibouillonkulturen ein beim Tierexperiment relativ gut wirksames Schutzserum gewonnen. Dr. Roepke-Melsungen.

Experimentell-therapeutische Studien aus der Gruppe der Gasbranderreger. Von A. v. Wassermann. Aus dem Kaiser-Wilhelm-Institut für experimentelle Terapie, Berlin-Dahlem). Medizinische Klinik; 1916, Nr. 17.

Die Erreger des Gasbrandes beim Menschen und des Rauschbrandes bei den Tieren sind wahrscheinlich so nahe verwandt wie Menschen- und Rindertuberkelbazillen. Sie finden sich in seit langem gedüngter Erde, sind strenge Anaerobier und im eigentlichen Sinne keine Parasiten, sondern Saprophyten, Fäulniskeime. Die Saprophyten sind im Darm von Mensch und Tier weit verbreitet und gelangen mit den Abgängen in die Außenwelt. In gesundem, gut durchblutetem Gewebe können sie nicht Fuß fassen; je mehr das Wundgewebe zerstört ist und der Nekrose zugeführt wird, um so größer die Erkrankungsmöglichkeit (Granatverletzungen!). Der Krankheitsprozeß beschränkt sich dann aber nicht auf das geschädigte Gewebe, sondern erfaßt auch rapid die gesunde Umgebung. Der Ursache des Fortschreitens auf das gesunde Gewebe ist Verfasser in interessanten Experimenten, die er mit Rauschbrand an Meerschweinchen vornahm, nachgegangen. Dabei hat sich die Tatsache ergeben, daß die Oedemflüssigkeit den Bakterien den Boden vorbereitet; sie enthält Fermente, die unbedingt zum Zustandekommen der Krankheit erforderlich sind. Lebensfähige Sporen können allein noch nicht die Krankheit erzeugen. Anderseits hat auch sterile Oedemflüssigkeit allein auf Meerschweinchen keine pathogene Wirkung. Werden dagegen sterile Oedemflüssigkeit und Sporen zusammen verimpft, so entsteht die typische Erkrankung. Beim Trauma bilden nun zunächst die Gasbranderreger in dem geschädigten Gewebe die Stoffe, die dann das Fortschreiten auf das gesunde Gewebe bedingen. Aus den Experimenten ergiebt sich weiter, daß es bei den Tieren gar nicht zum Rauschbrand kommt bezw. daß er lokal bleibt, wenn man in die Wunde Carboveul (adsorbierende Kohle) bringt und dann mit virulenter Oedemflüssigkeit impft. Die Wirkung des Carboveuls ist nicht spezifisch, auch andere adsorbierende Substanzen (kolloidale Kieselsäure etc.) wirken im gleichen Sinne, doch hat sich das Carboveul (Chemische Fabrik zu Aussig a. E.) erheblich überlegen gezeigt. Jodzusatz zum Carboveul bietet keine bessere Wirkung. Demnach ist bei den Gasbrandinfektionen der Adsorptionstherapie ein klassisches Feld der Betätigung gegeben.

Therapeutisch könnte man zunächst an die Anwendung spezifischen Serums denken, eines Antiaggressins im Sinne Bails, was wohl am besten lokal in die Wunde gebracht würde. Weniger in Frage käme die subkutane oder intravenöse Anwendung. Die Herstellung genügender Mengen dürfte auf Schwierigkeiten stoßen, für die meisten Fälle Serum auch kaum nötig sein. Für die Prophylaxe des Gasbrandes scheint es gerechtfertigt, stark zersetzte und verunreinigte Wunden möglichst sofort und sorgfältigst mit sterilen

adsorbierenden Mitteln auszufüllen. Dazu eignen sich sowohl Carboveul als andere indifferente Kolloide, Bolus etc. Es kommt auf die adsorbierende Kraft des Mittels und besonders auf die sorgfältige Errichtung einer adsorbierenden Grenzschicht, einer richtigen „Brandmauer" gegen das gesunde Gewebe an. Jede Lücke muß ausgefüllt werden. Für die Therapie des bereits ausgesprochenen progredienten Gasbrandes ist oberster Grundsatz, daß gesundes Gewebe von den Gasbranderregern allein nicht angegriffen werden kann, und daß in der Oedemflüssigkeit des Herdes die chemischen Stoffe enthalten sind, die zunächst auf das gesunde Gewebe einwirken müssen. Jeder Eingriff, der die Einwirkung des Oedems verhindert, ist angezeigt; Entfernung der Oedemflüssigkeit durch Inzisionen, Biersche Stauung etc. Es muß den Chirurgen überlassen bleiben, diese Forschungsergebnisse in der Praxis nutzbringend zu verwerten. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber Gasphlegmone. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Payr-Leipzig, Generalarzt à la suite, beratender Chirurg. Med. Klinik; 1916, Nr. 17.

Die Arbeit ist eine Erwiderung auf die vorstehenden Ausführungen Biers. Payr erhebt folgende Einwände: 1. Gasphlegmonen gehen auch von Wunden aus, die den Muskel überhaupt nicht betroffen haben; 2. es gibt Fälle, in denen trotz tiefer Muskelwunden, ja komplizierter Frakturen die Gasphlegmone auf Haut- und Subkutangewebe beschränkt bleiben kann und sich nicht nach der Tiefe ausbreitet; 3. das Röntgenbild zeigt in einer ganzen Anzahl von Fällen trotz des Vorhandenseins von Granatsplittern in der Tiefe der Muskulatur nur epifascial gelegene Gasbildung; 4. es gibt zweifellos eine Gasinfektion der großen Gelenke, ohne daß die Granatsplitter beim Eindringen Muskelsubstanz verletzt hätten. Ein Beweis dafür sind Infektionen des Knie-, Sprunggelenks und der Bursa praepatellaris. Sicher ist der Muskel für die Gasinfektion ganz besonders praedestiniert. Klinisch besteht eine Scheidung von epi- und subfascialer Form. Allerdings können die Zahlverhältnisse sehr wechseln; einmal überwiegen die bösartigen subfascialen, einmal die epifascialen Formen; es scheint dies mit den Jahreszeiten und Witterungsverhältnissen zusammenzuhängen. Auch die Bodenbeschaffenheit des Kampfgeländes scheint von besonderer Bedeutung, so daß man nicht überall die gleichen Formen sieht. Es gilt wohl nahezu bei allen Chirurgen als unumstößlicher Grundsatz, daß bei Gasphlegmonen sobald als möglich operativ eingegriffen werden soll. Das noch unveröffentlichte Hyperaemieverfahren Biers kann Gutes leisten; es steht aber wegen seiner technischen Erfordernisse einstweilen nur Bier zur Verfügung. Für alle andern, die nicht über diese Mittel verfügen, bleibt das souveräne Mittel das Messer: Freilegen des Krankheitsherdes, Entfernung der eingedrungenen Fremdkörper verhüten am sichersten die Allgemeininfektion. Es ist interessant, daß eine durch anaerobe Bakterien bedingte Wundinfektion geheilt werden kann ohne freie Zufuhr des atmosphaerischen Sauerstoffs.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Die Gasphlegmone im wesentlichen eine Muskelerkrankung. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. August Bier, Marinegeneralarzt à la suite, z. Z. im Felde. Medizinische Klinik; 1916, Nr. 14.

Payr unterscheidet eine gutartige oberflächliche (epifasciale) von einer bösartigen tiefen Form, die sich in den Muskelzwischenräumen ausbreiten soll. Nach Bier ist diese Ansicht nicht richtig und die Gasphlegmone fast stets eine Muskelerkrankung (nicht der Scheiden und Zwischenräume) und zwar eine faulige Gärung des Muskels. Aus dieser fauligen Gärung stammt das Gas, das sich dann in den Bindegewebsräumen ausbreitet. Die sogenannten „Schaumorgane" entstehen erst nach dem Tode. Die bakteriologischen Befunde R. Pfeiffers bestätigen die Ansicht Biers. Er fand als Erreger meist den Fränkelschen Bacillus in Rein- oder fast Reinkultur im erkrankten Muskel. Etwas vom Schußkanal entfernt war das oedematöse und mit Gas durchsetzte Unterhautzellgewebe steril oder der Fränkelsche Bacillus war nur durch das Kulturverfahren zu züchten. Gegen diese Ansicht scheint die Gasphlegmone anderer Gewebe zu sprechen. Diese Fälle erscheinen Verfasser nicht alle einwandfrei. Es ist wohl nicht denkbar, daß während des Lebens eine Gasphlegmone der Lunge (wegen des Sauerstoffreichtums) sich entwickelt.

Die Gaspflegmonen des Gehirns sind sehr seltene Ausnahmen. Auch der operative Erfolg scheint für die Ansicht Payrs zu sprechen; demgegenüber betont aber Bier, daß er noch nie eine Gasphlegmone ohne Erkrankung des Muskels gesehen hat. Auf Grund der schweren Formen und der operativen Erfolge herrschen noch verkehrte Anschauungen über die Bösartigkeit der Erkrankung. Bier hat die Gasphlegmone der Glieder fast ausnahmslos ohne jede operative Behandlung durch ein konservatives Verfahren geheilt, worüber noch Mitteilungen erscheinen werden. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Zur Verhütung der Gasphlegmone und anderer Folgezustände schwerer Verwundungen. Von Stabsarzt Dr. Lonhard. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 19.

L. empfiehlt die grundsätzliche operative Behandlung und möglichste Ausschneidung jeder Granatwunde, soweit dem Verletzten Operation und Narkose zugemutet werden können. In Grenzfällen der Operationsfähigkeit ist die Herzkraft durch Herzmittel und besonders durch Sauerstoffüberdruckatmung für die Operation vorzubereiten und durch öftere Wiederholung in der Nachbehandlung zu erhalten. Die Grenzen der aussichtslosen Fälle können dadurch enger gezogen werden.

Die offene Wundbehandlung ist grundsätzlich bei allen größeren und tiefgreifenden Wunden anzuwenden, bei denen die Gefahr der Nachblutung besteht, Eiterung zu erwarten oder eingetreten ist, z. B. auch bei trepanierten Schädelschüssen.

Gelenksteckschüsse sind stets gründlich operativ zu behandeln. Die primäre operative Behandlung der Handgelenk-, Knie- und Fußgelenkschüsse hat sich stets auf alles irgendwie krankhaft veränderte Gewebe zu erstrecken. Tamponade ist, wo irgend möglich, zu vermeiden. Offene Wundbehandlung, möglichst im gefensterten Gypsverband, ist von anfang an durchzuführen.

Bei schweren Schultergelenk-, Oberarm- und Oberschenkelschußbrüchen ist die offene Wundbehandlung stets, bei Unterschenkelschußbrüchen tunlichst mit Suspension des Gliedes und Gewichtszugstreckverband anzuwenden. Bei den Schultergelenkschußbrüchen soll in vertikaler oder horizontaler Richtung ein Gewichtszugverband angelegt werden, selbst bei den zunächst konservativ zu behandelnden Gewehrschußbrüchen, weil infolge Aufhebung des intrakapsulären Druckes Nekrose der Knochensplitter und Vereiterung des Gelenks vermieden werden kann. Dr. Roepke-Melsungen.

---

7. Tuberkulose.

Ueber das Fränkel-Albrechtsche Schema zur Einteilung der chronischen Lungentuberkulose. Von Dr. W. Büttner-Wobst-Heidelberg. Münchener medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Albrecht unterschied:

1. die indurierenden, zirrhotischen, abheilenden Prozesse;

2. die knotigen, bronchial und peribronchial fortschreitenden Prozesse, bei denen im Vordergrund des Bildes neben der käsigen Bronchiolitis die echte tuberkulöse Granulombildung, das überwiegend interstitielle Knötchenwachstum steht, während die Flächenexsudation im Alveolarraum sich eng auf die nächste Umgebung der Knötchen beschränkt;

3. die käsigen, pneumonischen Prozesse, bei denen das verkäsende Exsudat auf die freie Oberfläche von Bronchiolen und Lungenalveolen vollkommen das Bild beherrscht.

Die Zirrhose ist ein altes Leiden und hat das charakteristische Bild des Aspekts: Nachschleppen und Einziehung, für sich. Länger dauerndes Fieber fehlt. Die physikalischen Erscheinungen über die erkrankten Lungenpartien sind: Verschärftes Vesikularatmen, verkürzter Klopfschall, tieferstehende obere Lungengrenzen und höher stehende, schlecht verschiebliche untere Lungengrenzen, abgeschwächter Stimmfremitus und fehlende oder fein- und mittelblasige Rasselgeräusche, nie klingenden Charakters. Die knotige Form hat akuten oder subakuten Beginn. Die Einziehung fehlt. Die physikalischen Erscheinungen sind Schallkürzung bis Dämpfung, verstärkter Stimmfremitus, meist abgeschwächtes Atmungsgeräusch mit bronchialem Beiklang bis Bronchialatmen,

Rasselgeräusche verschieden, auch klingenden Charakters. Meist Subfebrilität. Die pneumonische Form ist das schwerere Krankheitsbild: rascher Kräfteverfall unter hohem Fieber, ausgedehntere Dämpfungsbezirke mit meist vielem eitrigem Sputum.

Die zirrhotische Form charakterisiert sich im Röntgenbild durch Eingesunkensein der erkrankten Partien, d. h. durch enge Interkostalräume, steil stehende Rippen, oder durch Verziehung der Weichteile bei wenig nachgiebigem Thorax, beides Kompensationserscheinungen der Lunge, ebenso wie das in älteren Fällen selten fehlende Emphysem. Die Lungenzeichnung weist meist strangförmige Schattengebungen auf, die sich häufig direkt vom Hilus aus strahlenförmig nach der kranken Spitze zu ziehen. — Das Schattenbild der knotigen Form zeigt herdförmige Schattengebungen, die die mehr flächenartige Verschattung größerer Partien als Uebergang zur dritten Form meist erkennen lassen.

Ausschlaggebend für die Prognose ist die Art des Prozesses, erst in zweiter Linie die Ausdehnung. Anstaltsfähig sind die zirrhotische Form und die zirrhotisch-knotige Form. Die zirrhotische Form ist aber nur dann anstaltsbedürftig, wenn Zeichen der „Aktivierung" (Katarrh, Gewichtsabnahme, Bluthusten usw.) bestehen. Knotige Prozesse gestatten nur in Ausnahmefällen die Heilstättenbehandlung; die pneumonischen gehören ins Krankenhaus.

Die Beurteilung der Einweisung in eine Heilanstalt soll erst nach Beobachtung in einem Krankenhaus nach einigen Tagen stattfinden.

Dr. Graßl-Kempten.

Temperaturmessung und Lungentuberkulose. Von Dr. Hermann Tachau-Heidelberg. Münchener medizinische Wochenschrift; 1916, Nr. 32.

Lediglich die Schnelligkeit und Vollständigkeit des Temperaturabfalles kann als maßgebend herangezogen werden. Kehrt die Temperatur nach 1/2 stündiger Ruhe wieder zum Ausgangspunkt vor den Spaziergang zurück, so ist diese normal, im anderen Fall pathologisch. Der Einfluß, den eine tuberkulose Lungenerkrankung auf das Temperaturzentrum ausübt, entspricht keineswegs der Ausdehnung und der Schwere des Prozesses. Als diagnostische Methode ist die Bewegungsreaktion nicht brauchbar. Dr. Graßl-Kempten.

Lungenschüsse und Lungentuberkulose. Von Dr. G. Frischbier, ärztlicher Direktor der Lungenheilstätte Beelitz, Militärabteilung. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 26, Heft 1.

Die Ansichten über die Prognose der Lungenschüsse sind geteilt, jedoch mehren sich die Stimmen derer, die vor einer allzu günstigen Prognose warnen, da, abgesehen von einer relativ großen Zahl der auf dem Schlachtfelde ihrer Verwudung erliegenden Fälle, im weiteren Verlaufe häufig genug Komplikationen eintreten, die auch noch längere Zeit nach der Verwundung unter Umständen zum Tode führen können oder den Heilungsverlauf erschweren und verzögern.

Das Zusammentreffen von Lungenschuß und Lungentuberkulose sowie die Aktivierung eines abgelaufenen, tuberkulösen Lungenprozesses durch die Schußverletzung ist selten. Obwohl F. bei 31 Lungenschüssen in 12 Fällen tuberkulöse Veränderungen nachweisen konnte, war nur in 5 Fällen das tuberkulöse Lungenleiden wieder aktiv geworden.

Das Auftreten einer ersten, primären Lungentuberkulose im Anschluß an einen Lungenschuß ist bei völlig Gesunden nicht erwiesen; wohl aber kann dadurch eine bis dahin völlig latente Lungentuberkulose aktiv werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber Heilung vorgeschrittener Lungentuberkulose und posttuberkulöse Bronchiektasie. Von K. Turban. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 26, Heft 1.

Beim Zustandekommen der Heilung vorgeschrittener Lungentuberkulose spielt neben der Abstoßung verkästen und erweichten Gewebes und neben der mit starken Schrumpfungserscheinungen einhergehenden Bindegewebsbildung die Resorption eine wichtigere Rolle, als im allgemeinen angenommen wird. Für

die Resorption kommen besonders die peripher an die spezifischen Gebilde angelagerten „paratuberkulösen“ Schichten in Betracht, die einen mehr oder weniger erheblichen Bestandteil der pathologischen Veränderung bilden. In diesen kann es zu einer Restitutio ad integrum kommen, die die Aufhellung mancher Dämpfungen und Röntgenschatten sowie die Wiederkehr annähernd normaler Atmungsgeräusche über tuberkulösen Lungenherden erklärt.

Da die Literatur über Heilung vorgeschrittener Lungentuberkulose bis jetzt nur sehr spärlich und in bezug auf die Beobachtungen am Lebenden unvollständig ist, gibt Turban eine Reihe von Fällen mit sehr langdauernder Beobachtung bekannt. Besonderes Interesse beansprucht dabei die Heilung von Kavernen ohne Anwendung der heutigentags geübten chirurgischen Methoden. Man spricht von Ausheilung einer Kaverne, wenn sie zwar bestehen bleibt, aber ihren tuberkulösen Charakter verliert, indem sich in ihrer Wand alles tuberkulöse Gewebe in Bindegewebe umwandelt, sich eine mehr oder weniger derbe Kapsel mit glatter, glänzender Innenwand bildet und die Tuberkelbazillen verschwinden. Man findet solche Höhlen, die harmlos und symptomlos bleiben, in fibröses, fibrös durchsetztes oder emphysematöses Lungengewebe eingebettet. Auch läßt sich die vollständige Umwandlung kleiner Kavernen in Bindegewebs- oder Kalkknoten unter günstigen Umständen, so bei kleinem, grazilem Thorax, im Röntgenbilde verfolgen. Selbst größere Höhlen, etwa bis zum Volumen einer Haselnuß und darüber, heilen nicht selten vollkommen aus.

Einen regelmäßigen Bestandteil der Sektionsbilder von geheilter vorgeschrittener Lungentuberkulose stellt die Erweiterung der Bronchen dar. Sie lokalisiert sich hauptsächlich in den oberen Lungenpartien, betrifft mehr die mittleren und feinen Bronchen bis in die Bronchiolen hinein. Die meist zylindrischen „posttuberkulösen“ Bronchiektasien durchziehen das Gebiet der Narben und seiner Umgebung; ihre Wände sind teils verdickt, teils atrophisch, die Schleimhaut glatt oder gewulstet, ohne Ulzerationen, manchmal im Zustande des Katarrhs; im letzteren Fall kann Sekret vorhanden sein, das sich nicht dreifach schichtet. Elastische Fasern und Tuberkelbazillen fehlen, Mischbakterien sind vorübergehend oder dauernd angesiedelt; Husten fehlt oder ist sehr gering. Jedenfalls ist bei chronischer Lungentuberkulose die Bronchialerweiterung eine natürliche und notwendige Folge von Heilungsvorgängen, eine Feststellung von L. v. Schrötter, die in den Lehrbüchern fehlt. Anderseits kann die posttuberkulöse Bronchiektasie in ihren schweren Formen unter quälender Dyspnoe, starkem Husten und reichlichem Auswurf zum Tode führen; eine ernste Krankheit hat die andere abgelöst.

Bei differentialdiagnostischen Zweifeln, ob nur Bronchiektasie oder ein aktiver tuberkulöser Prozeß vorliegt, soll letzterer nur auf Grund sorgfältigster Beobachtungen ausgeschlossen werden. Das Verschwinden der Rasselgeräusche ist nicht, wie vielfach angenommen wird, ein Hauptkriterium für die Ausheilung einer Lungentuberkulose anzusehen. Für posttuberkulöse Bronchiektasie spricht die Ermittelung der vorausgegangenen Tuberkulose, die vorwiegende Lokalisation in den oberen und obersten Lungenteilen, das fehlende oder geringe, nur bei interkurrenten Katarrhen reichlichere, aber nicht dreifach sich schichtende Sekret, die Gutartigkeit des Verlaufs und die Konstanz des auskultatorischen Befundes; sie gibt mehr physikalische und perkussorische Veränderungen und weniger Krankheitserscheinungen als die gewöhnliche Bronchiektasie.

Eine weitere pathologische Veränderung bei der Heilung vorgeschrittener Lungentuberkulose ist das Emphysem, es bildet sich mit der Bronchiektasie in verschiedener In- und Extensität in der Umgebung der Narbe aus.

Eine weitere Folgeerscheinung, die sich bei vorgeschrittenen Tuberkulosefällen im Heilungszustand unangenehm bemerkbar machen kann, ist die Neurasthenie. Durch die Toxine der Tuberkulose werden Disponierte und Belastete stärker betroffen. Muskelermüdbarkeit, Morgenmüdigkeit, Willensschwäche, hypochondrische Ueberängstlichkeit sind die Zeichen.

Nach dem Zuruhekommen einer vorgeschrittenen Erkrankung kann man erst dann von Heilung sprechen, wenn der Rekonvaleszent mehrere Jahre hindurch gesund geblieben ist, keine auf die Lunge zu beziehende Zwischenfälle — außer harmlosen Katarrhen der Luftwege — mehr durchgemacht hat, keine Tuberkelbazillen und keine elastischen Fasern, auch nicht bei inter-

kurrenten Katarrhen, mehr absondert, im physikalischen und im Röntgenbefunde Heilungssymptome darbietet und beim Vergleich mit den Befunden am Ende seiner Krankheit nirgends neue Herde erkennen läßt. Das Vorhandensein von Aktivitätszeichen, ebenso eine positive Herdreaktion nach subkutaner Tuberkulininjektion sprechen gegen Heilung; Kutan- und Ophthalmoreaktion können für die Diagnose der Heilung nicht verwendet werden. Das Vorhandensein von Bronchiektasie und Emphysem darf nicht hindern, die Heilung der Tuberkulose anzuerkennen. Prognostisch haben diese Folgezustände bei mäßiger Ausdehnung keine oder nur geringe Bedeutung; bei erheblicher Ausdehnung schaffen sie eine Disposition zu posttuberkulösen Mischinfektionen und gefährlichen Pneumonien.

Selbst bei sehr ausgedehnten Narben und großen Organverschiebungen kann sich die Lungen- und Herzfunktion an die veränderten Verhältnisse anpassen. Trotz aller Einschränkungen werden nicht wenige, die eine vorgeschrittene Lungentuberkulose überstanden haben, wieder brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft. Die nach der Heilung hervorgebrachte Nachkommenschaft der Geheilten ist zweifellos zur Tuberkulose disponiert; aber wenn sie erkrankt, verläuft die Tuberkulose nach Turbans langjährigen Beobachtungen fast ausnahmslos günstig und leichter als bei den Eltern.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zweck und Einrichtung von Tuberkulose-Sprechstunden in Reservelazaretten; Erfahrungen über Lungentuberkulose nach Kriegsdienst. Von Stabsarzt d. Res. Dr. H. Silbergleit-Ingolstadt. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 4.

Der im Reservelazarett Ingolstadt einmal wöchentlich zur festgesetzten Zeit eingerichteten Tuberkulösen-Sprechstunde kann jeder Truppenarzt und jeder Arzt einer anderen Lazarettabteilung Soldaten zwecks Klärung der Lungendiagnose zusenden. Die überwiesenen Kranken sollen einige Tage vorher die Temperaturen täglich 2—3 mal gemessen haben. In der Sprechstunde steht die klinische Untersuchung im Vordergrunde. Das Sputum wird, wenn das noch nicht geschehen ist, untersucht. Röntgendurchleuchtung steht zur Verfügung. Klinisch geklärte Fälle und Fiebernde werden durch Lazarettaufnahme von der Truppe oder von anderen Krankenstationen entfernt. Die nichtinfektiösen oder tuberkuloseverdächtigen Fälle werden so oft wie nötig wieder bestellt und beobachtet. Wenn die Erfahrungen auch noch nicht sehr reichliche sind, so läßt sich doch schon jetzt sagen, daß die Einrichtung von Lungensprechstunden in größeren Garnisonen für die Entdeckung etwaiger in der Ausbildungszeit manifest werdender Tuberkulose sehr wichtig ist. Jede offene Lungentuberkulose, die herausgefunden und abgesondert wird, hätte bei der engen Belegung für die Nachbarn schädlich werden können. Die Lungensprechstunde gestattet ferner, bei Bestimmung der Dienstfähigkeit zunächst nicht gar zu ängstlich zu sein. Die vorübergehende Einstellung von latenten Lungentuberkulosen, die vom Aushebungsarzte nicht erkannt werden konnten, führen zu keiner Schädigung des Eingestellten. Die Beobachtung während der militärischen Ausbildungszeit muß unter Mitwirkung der in der Garnison eingerichteten Lungensprechstunde entscheiden und führt gegebenenfalls zur Einleitung der Lungenfürsorge.

Nach den Erfahrungen des Verfassers erklärt sich die häufiger beobachtete starke Ausdehnung der Lungentuberkulose bei vorher gesunden Soldaten nach Kriegsdienst nicht durch den Kriegsdienst allein, sondern durch die Art des Beginnes der Tuberkulose mit einer akuten Lungenentzündung oder Lungenblutung. Die Annahme, daß die pneumonische Form der Lungenphthise eine durch den Kriegsdienst besonders gern entstehende Form der Lungentuberkulose sei, ist nicht berechtigt; sie müßte sonst besonders häufig bei den Soldaten auftreten, die schon früher tuberkulös erkrankt waren. Dies ist aber nicht der Fall. Die betreffenden Krankenblätter sprechen auch von fibrinöser Pneumonie: Beginn mit Schüttelfrost, Bestehenbleiben der Infiltration nach Ablauf der akuten Lungenentzündung, Anhalten des hektischen Fiebers, Nachweis des Tuberkelbacillus im Sputum.

Den Aerzten erwächst daher die Aufgabe, Lungenentzündungen ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, genügende Rekonvaleszentenzeit zu

gewähren, jede nicht typisch ablaufende Lungenentzündung auf Tuberkuloseverdacht hin anzusehen. Soweit aus dem Material des Verfassers ersichtlich, ist die Zahl der durch den Krieg entstandenen Tuberkulosen gering; sie gibt in keiner Weise zu Besorgnis Anlaß, zumal die Fürsorge für Lungentuberkulose in Deutschland gut ausgebaut ist. Dr. Roepke-Melsungen.

Klinische Bemerkungen zur ambulatorischen Tuberkulintherapie. Von A. Götzl. Das österreichische Sanitätswesen; XXVII. Jahrg., Nr. 45.

Nach den Erfahrungen einer dreijährigen Fürsorgetätigkeit ist die ambulatorische Behandlung Tuberkulöser mit spezifisch wirkenden Mitteln nicht nur berechtigt, sondern sie bildet ein wichtiges und unentbehrliches Glied in der Reihe jener Maßnahmen, die in den Rahmen einer kassenärztlichen Fürsorge fallen. Die Durchführung dieser Therapie bietet unter der Voraussetzung einer genügenden Intelligenz der Kranken und aller gebotenen Vorsichtsmaßregeln (Beobachtung der Temperatur, gelegentlicher Reaktionen usw.) keine wesentlichen Schwierigkeiten; diese sind hier, wie auch sonst, vornehmlich in der Indikationsstellung zur Einleitung der Behandlung und in der Beurteilung des Enderfolges gelegen.

G. läßt die Frage, ob durch die spezifische Behandlung Dauerheilungen zu erzielen waren, für die Mehrzahl der Behandelten wegen der noch zu kurzen Beobachtungszeit in der Schwebe, hält aber bei einer kleinen Gruppe dieses Ziel für erreicht. Viel deutlicher wird der Wert der spezifischen Behandlung, sobald Erwerb und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Kranken als Maßstab für das Urteil herangezogen wird. Die ambulatorische spezifische Behandlung bietet jedenfalls die Möglichkeit, ökonomische und soziale Werte zu erhalten, die sonst mehr oder weniger rasch dem Untergange preisgegeben wären; sie muß schon aus diesem Grunde als ein wichtiger Faktor in der Bekämpfung der sozialen Krankheit Tuberkulose angesehen werden. Eine tabellarische Zusammenstellung der Krankengeschichten der Behandelten stützt die Ausführungen. Dr. Roepke-Melsungen.

Grundlagen und Ergebnisse ambulatorischer Tuberkulinbehandlung. Von M. Laub. Das österreichische Sanitätswesen; XXVII. Jahrg., Nr. 46.

In der Fürsorgestelle wurde bei 206 Patienten die Behandlung durchgeführt mit Kochschem Alttuberkulin, das L. für das wirksamste und zur ambulatorischen Behandlung besonders geeignet hält. Selbst in den vereinzelten Fällen, die eine Tuberkulinüberempfindlichkeit zeigten und subfebrile Temperaturen aufwiesen, hat sich die fortgesetzte Behandlung mit kleinsten Alttuberkulin-Dosen von $^{1}/_{1000}$—$^{1}/_{100}$ mg sehr bewährt, während das Tuberkulomuzin von Weleminski häufiger lokale Reaktionen, oft verbunden mit Schüttelfrost und Temperatursteigerung auf 40°, auslöste.

Von den 206 abgeschlossenen Fällen wurden 103 = 50% wesentlich gebessert; es kam zu einer erheblichen Besserung und Hebung des Allgemeinbefindens, zum Schwinden der subjektiven Beschwerden und zu einer bedeutenden Rückbildung der physikalischen Erscheinungen, so daß man sie auch als im klinischen Sinne geheilt betrachten konnte. 79 Fälle = 38,35% wurden gebessert; die subjektiven Beschwerden, Fieber, Nachtschweiße waren beseitigt, Husten und Sputum sehr wenig geworden oder fehlten ganz, das Allgemeinbefinden war gut, das Körpergewicht gehoben, der physikalische Befund stationär oder wenig zurückgebildet. Nur 24 Tuberkulose = 11,65% waren trotz der spezifischen Behandlung im ganzen unverändert geblieben; sie verhielten sich ihr gegenüber ebenso refraktär wie gegenüber der hygienisch-diätetischen Behandlung.

Zusammenfassend berichtet Laub, daß unter dem Einfluß des Tuberkulins nicht bloß die Erwerbstätigkeit seiner unter nicht besonders günstigen sozialen Verhältnissen lebenden Kranken erhalten geblieben ist, sondern auch der Gesundheitszustand wesentlich gebessert und gekräftigt wurde. Neben dem Schwinden subjektiver Beschwerden waren auch objektive Besserungen so einwandfrei nachzuweisen, daß in der ambulatorischen Tuberkulintherapie eine wichtige Maßnahme zur Bekämpfung der Tuberkulose erblickt werden muß. Tabellarische Uebersichten geben über das Stadium der Tuberkulose, über Körpergewicht, Dauer und Erfolg der Behandlung bei den 206 Fällen eingehende Angaben. Dr. Roepke-Melsungen.

Geschlecht und Tuberkulosesterblichkeit. Von J. Orth. Zeitschrift für Tuberkulose; Bd. 25, Heft 4.

Die Forschungen Orths über die Beziehungen des Alkoholismus zur Tuberkulose haben die merkwürdige Tatsache ergeben, daß die Uebersterblichkeit der Männer an Tuberkulose, die früher schon mit dem 3. Lebensjahrzehnt begann, in den letzten Jahren erst im 5. Jahrzehnt, also jenseits des 40. Lebensjahres hervortritt. Das veranlaßte den Verfasser, den Tuberkulosesterblichkeitsverhältnissen der Geschlechter näher nachzugehen.

An der seit langen Jahren in absteigender Richtung sich bewegenden Tuberkulosesterblichkeit sind beide Geschlechter beteiligt, aber in ungleichem Maße. Während der statistisch bearbeiteten 20 Jahre von 1894 bis 1913 beträgt nach der Berechnung auf 10000 Lebende die Abnahme der Tuberkulosetodesfälle 10,24 = 42,86 %, die Abnahme bei den Männern 45,14 %, die bei den Frauen 40,26 %. Die Verschiedenheit zwischen beiden Geschlechtern hat sich immer mehr verwischt, die Uebersterblichkeit der Männer ist nur noch gering (1911 = 1,09, 1913 = 1,12 auf 10000 Lebende).

Auch wenn man den Anteil der Tuberkulose an der Gesamtsterblichkeit eines jeden Geschlechtes verfolgt, ist die Abnahme der Männersterblichkeit größer als die der Frauen; der Unterschied ist größer als bei der vorigen Berechnungsart. Bis zum Jahre 1904 ist die prozentuale Sterblichkeit der Frauen geringer als die der Männer, vom Jahre 1905 aber ist sie mit Ausnahme des Jahres 1908 regelmäßig größer als die der Männer. Der Unterschied zwischen 1894 und 1913 beträgt 0,58. Als Ursache sind die günstigeren Arbeitsbedingungen anzusehen, die zweifellos für Männer eine überwiegende Bedeutung haben. Der Gewerbehygiene muß also in erster Linie die Besserung bei den Männern zu verdanken sein. Dagegen hat sich ein regelmäßiger, innerer Zusammenhang zwischen Influenza- und Tuberkulosesterblichkeit nicht nachweisen lassen.

Die Geschlechtersterblichkeit an Tuberkulose in verschiedenen Lebensaltern zeigt wesentliche Verschiedenheiten; auch in diesen sind in letzter Zeit bemerkenswerte Aenderungen eingetreten. In den ersten 5 Lebensjahren war die Sterbeziffer der Knaben stets größer als diejenige der Mädchen; vom 5. Lebensjahre an starben verhältnismäßig mehr Mädchen als Knaben, zweifellos infolge der höheren Empfindlichkeit der Mädchen während der Geschlechtsentwicklungszeit und der mit dieser zusammenhängenden besonderen körperlichen Umwälzungen. Von der Geschlechtsreife aufwärts, also vom 20. Lebensjahr an, ist die Abnahme in der Altersstufe 20—40 keine gleichmäßige. Der Umschwung des Verhältnisses in der Männer- und Frauensterblichkeit ist zum wesentlichsten Teil bedingt worden durch die verstärkte Abnahme der Männersterblichkeit in der Altersstufe über 25 bis 30 Jahre, während die prozentuale mittlere Sterblichkeit der Frauen, die in den Altersklassen 20—40 stets größer war als die der Männer, in den Altersstufen 25—30 und 30—40 mehr abgenommen hat. Jenseits des 40. Lebensjahres übertrifft die Männersterblichkeit an Tuberkulose diejenige der Frauensterblichkeit weit und hat sich auch bis jetzt dauernd höher erhalten. Aber auch in diesen höheren Altersklassen ist die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei den Männern eine weit größere als bei den Frauen. Die Abnahme ist am stärksten für beide Geschlechter in dem 7. Lebensjahrzehnt, in dem auch die Sterblichkeit überhaupt am größten ist. Für die prozentuale Beteiligung der Tuberkulösen an den Todesfällen ist das 6. Jahrzehnt das durch die größte Abnahme ausgezeichnete. Für das erhebliche Ueberwiegen der Tuberkulose der Männer in den höheren Altersklassen hat man dem Alkohol die Schuld geben wollen, nach Orth mit Unrecht. Vielmehr läßt die Vergleichung der Sterbefälle an Delirium tremens und an Tuberkulose in Preußen den Schluß zu, daß die starke Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei alten Männern mit der Zunahme des Alkoholismus in ursächlicher Beziehung steht. Da der Alkoholismus den Ablauf der Tuberkulose nach Orths Feststellungen günstig beeinflußt, könnte durch ihn sehr wohl auch eine Abnahme der Tuberkulosetodesfälle herbeigeführt werden.

Eine recht übersichtliche Darstellung der Verhältnisse vom Jahre 1893 und dem Jahre 1913 geben zwei Kurventafeln, von denen die erste die Sterbeziffern im Verhältnis zu 10000 Lebenden, die zweite diejenigen zu 100 Gestorbenen der gleichen Altersklasse und des gleichen Geschlechtes wiedergibt.

Beide zeigen Uebereinstimmungen, aber auch große Verschiedenheiten, die zu ergründen heute noch nicht möglich ist. „Aber wenn die Tatsachen erst einmal festgestellt sind, wird man auch hoffen dürfen, allmählich zu einer Erklärung dieser Tatsachen zu gelangen. Dr. Roepke-Melsungen.

Der Typus der Tuberkelbazillen bei menschlicher Tuberkulose. Von Stabsarzt Prof. Dr. B. Möllers. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 33.

Bis zum 1. Januar 1914 waren in den verschiedenen Weltteilen 2051 Fälle menschlicher Tuberkulose auf den Tuberkelbazillentypus in einwandfreier Weise untersucht, davon durch den Verfasser im Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch in Berlin insgesamt 114 Fälle von Tuberkulose der Lungen und Bronchialdrüsen, der Knochen und Gelenke, der Hals- und Achseldrüsen, der Abdominal- und Urogenitalorgane, der Haut und Schleimhäute und generalisierten Tuberkulose einschließlich tuberkulöser Meningitis.

Von den aus der Gesamtzahl gewonnenen Reinkulturen gehörten 1848 dem humanen und 189 dem bovinen Typus an, während in 14 Fällen bei demselben Menschen humane und bovine Tuberkelbazillen nachweisbar waren. Im einzelnen zeigten von

Fälle		hum.	bov.	gem.
972	Fällen von Tuberk. der Lungen u. Bronchialdrüsen	965 hum.,	5 bov.,	2 gem.
163	„ „ „ „ Knochen und Gelenke	159 „	4 „	— „
306	„ „ generalisierter Tuberkulose	270 „	30 „	6 „
58	„ „ Meningitis tuberculosa	54 „	4 „	— „
228	„ „ Tuberkulose der Hals- u. Achseldrüsen	172 „	56 „	— „
170	„ „ „ „ Abdominalorgane	107 „	58 „	5 „
39	„ „ „ „ Urogenitalorgane	38 „	1 „	— „
81	„ „ Lupus	66 „	14 „	1 „
25	„ „ Tuberculosis verrucosa cutis	13 „	12 „	— „
9	„ „ Schleimhauttub. (Mund u. Conjunktiva)	4 „	5 „	— „
2051		1848 hum.,	189 bov.,	14 gem.

Bei Trennung nach dem Lebensalter der untersuchten Fälle entfallen auf

		humane	bovine Typen	Mischinfektionen
Kinder	unter 5 Jahren	415 humane,	93 bovine Typen und	6 Mischinfektionen,
Jugendl.	von 5—16 „	244 „	58 „ „	1 „
Erwachsene	über 16 „	1132 „	37 „ „	7 „

Der Prozentsatz der bovinen Typen fällt also bei den drei Altersklassen von 18,09 % auf 15,84 % und 3,14 %; er beträgt überhaupt 9,21 %. Es würde jedoch ein Trugschluß sein, anzunehmen, daß fast der zehnte Teil aller menschlichen Tuberkulosefälle auf einer Infektion mit Perlsuchtbazillen beruhte. Der verhältnismäßig hohe Prozentsatz bowiner Infektionen erklärt sich aus der Art des vorzugsweise untersuchten Materials und der durch den Verdauungstrakt infizierten Fälle. Von 817 Untersuchungen bei Kindern wurden allein 278 Fälle von Tuberkulose des Ernährungstraktus untersucht, die den höchsten Prozentsatz von allen bovinen Infektionen machen. Bei der tuberkulösen Erkrankung der Lungen und Bronchialdrüsen, der häufigsten und gefährlichsten Form der menschlichen Tuberkulose, fanden sich die bovinen Bazillen nur in 0,5 %, bei den viel selteneren anderen Tuberkuloseformen in 16,8 % aller untersuchten Fälle. Bei Zugrundelegung gleicher Prozentsätze würde sich ein boviner Anteil von etwa 1,8 % bei allen menschlichen Tuberkulosefällen ergeben.

Die erdrückende Mehrheit des bovinen Anteils entfällt auf die sicheren oder doch höchst wahrscheinlichen Fälle sog. Fütterungstuberkulose; d. s. 114 Fälle von Tuberkulose der Abdominalorgane, Hals- und Achseldrüsen. Auch für die übrigen bovinen Infektionen ist der Verdauungsweg als Eintrittspforte des bovinen Virus nicht ausgeschlossen. Ferner ist bemerkenswert, daß von 189 Perlsuchtinfektionen weitaus die meisten, nämlich 151, Jugendliche unter 16 Jahren betreffen; die Perlsuchtinfektion ist also in erster Linie eine Erkrankung des Kindesalters.

Das wahllose Durchuntersuchen eines großen Kinderleichenmaterials in Deutschland, Norwegen und England wirft ein Licht auf das verschieden häufige Vorkommen von Kindertuberkulose in diesen drei Ländern. Die Vergleichung der Zahlen ergibt, daß in England die Kinder in einem erheblich höheren Grade an Tuberkulose leiden als in den beiden anderen

Ländern und daß in England die Tuberkulose des Kindesalters in dem hohen Prozentsatz von 18,1 % der tuberkulösen Fälle und 8,8 % aller untersuchten Fälle durch bovine Bazillen bedingt wird.

Danach ist die Grundlehre Robert Kochs als richtig bewiesen, daß die Erreger der menschlichen und tierischen Tuberkulose von einander verschieden sind und daß im Kampfe gegen die Tuberkulose das Hauptgewicht auf die Verhütung der Uebertragung von Mensch zu Mensch, besonders in der Familie, zu legen ist. Aber auch die Rindertuberkulose bedeutet eine nicht zu unterschätzende Gefahr, da sie zumal im Kindesalter, eine zumeist unter dem Bilde der Nahrungsinfektion verlaufende, bisweilen auch zum Tode führende Tuberkulose hervorzurufen imstande ist. Es sind daher auch alle Maßnahmen zu unterstützen, die die Beschaffung einwandfreier Milch und die Verhütung der Uebertragung einwandfreier Bazillen durch die Milch perlsüchtiger Kühe bezwecken. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber die ätiologischen Beziehungen des Alkoholismus zur Tuberkulose. Sitzungsbericht der Akademie der Wissenschaften in Paris, ref. von Dr. L. Kathreiner. Münchener med. Wochenschrift; 1916, Nr. 35.

A. Chanveau berichtete am 5. Juni 1916 in der Akademie der Wissenschaften in Turin über den Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Tuberkulose und führte aus, daß nicht der Alkohol als solcher, sondern die Häufigkeit der Infektion in den Alkoholausschankstätten die Gefahr bedeute. Auch Landonzy sprach sich am 13. Juni 1916 ähnlich aus. Chanveau verlangte als notwendige Maßregel zur Tuberkulosebekämpfung die Einschränkung und hygienische Ueberwachung der Kneipen. (Referent hat vor Jahren diese Ansicht so formuliert: Es sterben ebenso viele Leute neben dem Maßkrug als im Maßkrug). Dr. Graßl-Kempten.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Krankenfürsorge.

Das städtische Tuberkulose-Krankenhaus. Von Dr. H. Braeuning-Stettin. Tuberculosis 1916. Vol. 15, Nr. 4.

Das städtische Tuberkulose-Krankenhaus soll die Vorteile der allgemeinen Krankenhäuser mit denen der Heilstätten in sich vereinigen und von der Gemeinde, event. mit Hilfe der Landesversicherungsanstalt und privater Wohltäter und Vereine, errichtet werden. Sein Bau ist nicht kostspieliger, als der eines allgemeinen Krankenhauses. An Stelle eines notwendig werdenden neuen allgemeinen Krankenhauses empfiehlt sich die Errichtung des Tuberkulose-Krankenhauses, um die übrigen Krankenhäuser zu entlasten.

Mit den allgemeinen Krankenhäusern hat das Tuberkulosekrankenhaus folgendes gemeinsam: die Nähe zur Stadt, aber im Freien am besten im Nadelwald gelegen; die vollkommene Teilung in voneinander getrennten Stationen für Schwerkranke und Leichtkranke, offene und geschlossene Tuberkulose, Beobachtungsfälle, Männer und Frauen; dabei verfügt jede Station über die nötigen Nebenräume wie Reinigungsbad, Tageraum, Speisesaal, Stationsküche, Klosetts usw.; das Vorhandensein von Untersuchungs- und Operationsräumen, Laboratorien, medizinischen Bädern, Sektionsraum und Leichenkammer.

Gemeinsam mit der Heilstätte hat das Tuberkulose-Krankenhaus die Lage im Walde; die Liegehallen mit soviel Liegeplätzen als Kranke aufgenommen werden können; die Beschränkung der Höchstbettenzahl auf 6 in einem Zimmer, daneben Zimmer mit 1, 2 und 3 Betten; einen großen Garten, Spielplätze, behagliche Speisezimmer, Krankenbibliothek usw.

Diese von Neisser 1903 gegebenen Grundidee bedeutet eine Zentralisierung der Anstaltsbehandlung aller Tuberkulösen eines Gemeinwesens. In der Zentralisierung der Tuberkulosebekämpfung ging Stettin noch weiter, indem der ärztliche Leiter der Fürsorgestelle für Lungenkranke zum Chefarzt des Tuberkulose-Krankenhauses und der Walderholungsstätte ernannt wurde.

Das trotz Krieg pünktlich am 1. Juli 1915 fertiggestellte Tuberkulose-Krankenhaus der Stadt Stettin zeigt in der Gesamtanordnung vorn das Verwaltungsgebäude mit den ärztlichen Laboratorien, Untersuchungszimmern, Büros usw., dann rechts und links davon, durch Flure mit dem Verwaltungs-

gebäude verbunden, die Räume zur Aufnahme der Kranken und hinter dem Verwaltungsgebäude den Wirtschaftsbetrieb. Die bebaute Fläche beträgt 3,9 ha, weitere 18,8 ha Land im Umkreis der bebauten Fläche sind als Garten gepachtet und umzäunt.

Das Verwaltungsgebäude enthält im Erdgeschoß: Wartezimmer für Männer und Frauen, Vor- und Arbeitszimmer des Direktors, Untersuchungs-, Operations-, Röntgenzimmer, Dunkelkammer, Laboratorium, Aerztebibliothek, Apotheke, Büros; im ersten Obergeschoß: Wohnungen der Assistenzärzte, der Schwestern, des Verwaltungsinspektors; im zweiten Obergeschoß: Wohnungen für Dienstmädchen.

Jeder Krankenhausbau besteht aus Kellern und drei Stockwerken; jedes Stockwerk hat zwei Stationen, jede Station 26 Betten, so daß das ganze Haus 6 Stationen mit zusammen 156 Betten hat, außer den für Geisteskranke und Infektionsfälle vorgesehenen Betten. Alle Krankenzimmer liegen nach Süden, keins hat mehr als 6 Betten. In drei nach Norden angebauten Flügeln liegen die Nebenräume (Küche, Speisesaal, Bad, Klosett usw.). Im Erdgeschoß ist für jede Station ein Zimmer zum Wechseln und Reinigen der Stiefeln eingerichtet mit verschließbarem Schubfach für jeden Kranken, das durch die Zentralheizung zum Trocknen der Stiefel geheizt werden kann. Im Kellergeschoß hat jede Station ein Waschzimmer, das durch einen bespülbaren Schacht mit der Station verbunden ist, während der Wäscheschacht in einem mit Desinfektionsflüssigkeit zu füllenden Trog mündet. Die Liegehallen sind im Osten und Westen an das Krankenhaus angebaut in drei Stockwerken, so daß sie in gleicher Höhe mit den Stationen liegen, die Aufsicht erleichtern und den Schwerkranken das Erreichen der Liegehallen bequem machen. Die 26 Liegestühle stehen in zwei Reihen hintereinander, die zweite Reihe etwas höher; auf dem Dache der westlichen Liegehalle befindet sich ein Sonnenbad. Im Keller liegen ferner, durch den Personenaufzug bequem zu erreichen, Duscheräume, Räume für Inhalatorien, künstliche Höhensonne; abgetrennter Sektionsraum und Leichenkammer. Die beiden Obergeschosse weichen vom Erdgeschoß insofern ab, als die Schuhräume zu Zimmern für Pflegerinnen, Wärter und Stationsmädchen eingerichtet sind. Vor der Mitte der Südfront sind Balkone und eine mit Glas gedeckte Liegehalle vorgesehen, hinter ihnen liegen Einzelzimmer für Schwerkranke oder Patienten I. und II. Klasse; die Türen sind hier so breit, daß das Bett bequem hinausgefahren werden kann.

Alle den Wirtschaftsbetrieb dienenden Häuser sind um einen Hof angeordnet, dem Krankenhausbau am nächsten die Hauptkochküche, die Waschküche und das Desinfektionshaus, am entferntesten Maschinenhaus und Werkstätten. Hier befinden sich auch die Wohnungen der verheirateten Angestellten. Maschinen ersetzen nach Möglichkeit Menschenkräfte. Ein Desinfektionsapparat desinfiziert Sputa und Speisereste.

Das Krankenhaus ist eine geschlossene Anstalt. Die Kranken III. Klasse tragen Anstaltskleidung und dürfen das Grundstück nicht verlassen. Das gesamte Anstaltsgelände beträgt 227 000 qm.

Die Kosten betragen für Geländeerwerb 31 439 M., für Baukosten mit Vorarbeiten 996 015 M., für Inventar 184 000 M., zusammen 1 211 514 M. Da die Anstalt (mit Betten für Geistes- und ansteckende Kranke) 164 Betten hat, kostet das Bett einschließlich Grunderwerb und Inventar 7387 M. Nach vollständigem Ausbau auf 328 Betten wird sich das Bett auf rund 5500 M. stellen mit Grunderwerb und Inventar, also billiger als beim Bau eines allgemeinen Krankenhauses. Es kann daher den Städten, deren Krankenhäuser voll belegt sind, auch in Rücksicht auf die Kosten nur geraten werden, für die verstreut liegenden Tuberkulösen ein Tuberkulose-Krankenhaus zu bauen.

Dr. Roepke-Melsungen.

2. Soziale Hygiene.

Die sündliche Ammen-Miethe. Von J. G. Jördensen, Pfarrer zu Gailsdorf. Voigtland 1709. Abdruck bei Conrad Paris; Berlin N. 58, 1914.

Aus dem kleinen Büchlein können wir manches lernen. Der Verfasser bringt vor, daß man schon damals die Ersatzprodukte der Muttermilch „die Kuhmilch und durch Feuer bereitete Tränke“ kennt; als Normalzeit der Brustdarreichung bezeichnet er zwei Jahre; er schildert die Gewohnheiten der da-

maligen Frauen der Oberstände, die fast nie mehr ihren Kindern die Brust reichen und geht mit diesen Frauen scharf ins Gericht. 12 Entschuldigungen der damaligen Frauen für die Verweigerung der Brust hebt er besonders hervor und widerlegt sie mit religiösen und medizinischen Gründen. Die angeblichen Gründe der Brustverweigerung muten uns ganz modern an; sie sind die nämlichen, die auch heute noch angeführt werden. Er führt Beispiele aus der Geschichte an, die für die Darreichung der eigenen Mutterbrust sprechen. Auch die Tatsache, daß manchmal die Brust versagt, kennt er und betont, daß durch Geschicklichkeit und Fleiß dieser Mangel oft gehoben werden kann. „Selig sind die Brüste, die du gesogen hast", gilt ihn als Höchstes. So unscheinbar das Büchlein ist, so belehrend ist es. Dr. Graßl-Kempten.

Mangelhafte Ernährung als Ursache von Sexualstörungen bei Frauen. Von Dr. Josef von Jaworski, Frauenarzt in Warschau. Aus dem Krankenhause zum hl. Rock in Warschau. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 34.

Verfasser berichtet über Reservistenfrauen, die dem großstädtischen Proletariat Warschaus angehören, und unter den schwersten materiellen Verhältnissen in Not, psychischer Depression und in der Sorge um das Befinden ihrer Familienmitglieder leben. Die tägliche Nahrung dieser Frauen bestand aus Kartoffeln, selten aus Grütze, Kohl; Schmalz, auch Zucker fehlte nahezu ganz. Bei diesen Frauen konnte der Autor nachweisen: 1. Gänzliches Aufhören der Menstruation, meist seit 4 Monaten; 2. eine bedeutende Zusammenziehung der Gebärmutter, die die physiologische Schrumpfung, die nach der Geburt oder beim Stillen eintritt, wesentlich übertrifft; 3. eine Rückbildung der Zeugungsorgane als Zeichen des frühzeitigen Klimakteriums; 4. das Verschwinden des Geschlechtstriebes.

Der Zusammenhang einer mangelhaften Ernährung mit manchen Sexualstörungen der Frauen wurde durch die Untersuchungen russischer Autoren festgestellt. In Bezirken mit unfruchtbarem Boden und Mangel an Getreide erscheint die Menstruation viel später als sonst; während schwerer Arbeit im Felde bleiben die Menses einige Monate völlig aus (Ott, Zbankow).

Zu der langdauernden und ungenügenden Zwangsernährung kommen als weitere ätiologische Momente — neben Kummer und Sorgen — noch sehr ungünstige Wohnungsverhältnisse hinzu. Die Wohnungen sind schmutzig, eng und feucht. Dr. Mayer-Simmern.

Die Bedeutung der Konstitutionsanomalien und der Konstitutionskrankheiten für den Gynaekologen. Probevortrag, gehalten zur Erlangung der Venia legendi. Von Dr. Josef Novak. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 34.

Ebenso wie die in dieser Zeitschrift Nr. 17 erschienene Arbeit Döllners: „Neue Aufgaben für die deutschen Aerzte warnt der Verfasser vor dem Verfallen in einseitiges Spezialistentum. Die Kenntnis der Konstitutionsanomalien bietet wirksame Anhaltspunkte zu einer zielbewußten Familien- und Rassenhygiene. Der Gynaekologe, der ebenso wie jeder andere Spezialist leicht Gefahr läuft, bei Vertiefung in sein Spezialfach den Blick für das Ganze zu verlieren, wird durch die Konstitutionslehre immer wieder auf die Tatsache hingewiesen, daß wir nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen zu behandeln haben, von denen jeder eine konstitutionell bedingte, durch äußere Einflüsse modellierte Individualität besitzt. Der Autor schildert zunächst die asthenischen Individuen, bei denen die Wurzel des Uebels in der Psyche sitzt; die Kranken sind leicht ermüdbar, widerstandslos gegenüber den vielfachen Ansprüchen des Lebens, meist deprimiert und von hypochondrischen Vorstellungen geplagt. Die völlige Verkennung der asthenischen Konstitution und die dadurch bedingte Polypragmasie der Gynaekologie war es, die dem Ansehen des Faches eine Zeitlang sehr geschadet und zu manchen scharfen satirischen Ausfällen besonders der Internen und Neurologen herausgefordert hat. Verfasser bespricht dann den Infantilismus, das Stehenbleiben auf einer Entwicklungsstufe, die ein normales Individuum dieses Alters bereits zurückgelegt hat. Die Psyche dieser Frauen kann ohne Abweichung erscheinen, doch kann auch hier ein kindisches Wesen, eine Unfertigkeit des Charakters, Neigung zu Phantastereien und hysterischen Störungen eine Entwicklungs-

hemmung der Psyche verraten. Bei Erwähnung des Status thymolymphaticus gedenkt der Verfasser der auffallend geringen Widerstandsfähigkeit gegenüber verschiedenen Schädigungen. Plötzliche, völlig unvermutete Todesfälle bei kurzer Narkose, geringfügigen operativen Eingriffen, bei allem Anschein nach nicht schweren Infektionskrankheiten sind sehr häufig auf diese Konstitutionsanomalie zurückzuführen. Mit einer Funktionsänderung der innersekretorischen Drüsen hängt auch der Eunuchoidismus zusammen, der vorübergehend — vor der Pubertät — oder dauernd einen Zustand schaffen kann, welcher mit dem Kastrationstypus eine große Aehnlichkeit hat. Wesentlich ist auch die Kenntnis des Mb. Basedor, des Kretinismus, des Myxoedems, der Akromegalie, der hypophysären Fettsucht, des hypophysären Riesen- und Zwergwuchses und des Mb. Addisonii für den Spezialarzt.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber den Einfluß des Krieges auf die erblich-organische Höherentwicklung in Europa. Von Dr. Vaerting-Berlin. Archiv für Soziale Hygiene; Bd. 11, Heft 4.

Kein Rassenbiologe zweifelt heute wohl kaum an dem kontraselektorischen Prinzip des Krieges hinsichtlich der Individualauslese; dagegen gehen die Meinungen auseinander bezüglich der Gruppenauslese. Der heutige Krieg richtet unter den biologischen Erbgütern aller beteiligten Völker solche Verwüstungen an, daß die Theorie von den förderlichen Wirkungen der Gruppenauslese kaum diesen Krieg überdauern wird, der für Europa die Gefahr einer ganz anders gerichteten biologischen Gruppenauslese mit sich bringt. Mehr als Sieg oder Niederlage scheint heute über die Zukunft der Völker Krieg oder Frieden zu entscheiden. Dr. Wolf-Hanau.

Aus der „Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik“.

Im August-Heft der Mitteilungen sind zwei Abhandlungen enthalten, die auch die Verwaltungsärzte angeht.

Zunächst die Frage der Präventivmittel: Der verstorbene Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neisser erwähnt in seinem Referate, daß 50 % der kinderlosen Ehen durch Tripper herbeigeführt sind, daß in Deutschland jährlich 200 000 Befruchtungen infolge Tripper unmöglich werden, daß bis zu 5 % der Schwangerschaften Erkrankungen bei Syphilisfamilien vorkommen können. Er empfiehlt warm den Verkehr mit Präventivmittel und sucht die Einwendungen zu widerlegen. In bezug auf die Hebammen fordert er jedoch strengste Ueberwachung; denn diese führten durch gewissen- und mittellose Einbringung der Schutzmittel nicht selten Aborten herbei, leisten dadurch Vorschub. Die Kreisärzte werden deshalb aufgefordert, die Hebammen strenger zu überwachen; sie müßten höhere Befugnisse in der Ueberwachung der Hebammen haben. „Es hängt wesentlich von dem energischen Wollen und der unabsichtlichen Strenge der Aufsichtsbehörden ab, diese eine nicht kleine Quelle der Abtreibungen zu verstopfen.“

Gegen diese dem Hebammenstande und dem Verwaltungsbeamten hier gemachten Vorwürfe des Verfassers muß Stellung genommen werden. Er übertreibt zweifellos die Häufigkeit der Kindsabtreibungen durch die Hebammen, sei es auf fahrlässigem, sei es auf absichtlichem Wege. Er generalisiert einzelne Vorkommnisse und beschuldigt den ganzen Stand, ohne auch nur den Schatten eines Beweises für seine schwere Anschuldigung zu erheben. Verfasser hätte gut getan, dem eigenen Stande, nämlich dem der Aerzte, die gleiche Vorschrift zu geben; dann könnte man auch mit seinem Vorwurf gegen die Hebammen sich abfinden. Die Kreis- und Bezirksärzte brauchen jedenfalls gegen die Hebammen nicht scharf gemacht zu werden; sie wissen, daß der Stand im allgemeinen den Anforderungen genügt und kennen die reuigen Schafe darunter.

Die Anträge der Gesellschaft selbst an den Bundesrat lauten:

1. Es möge nicht allein jedes unaufgefordert an das Publikum sich herandrängende Anbieten und Anpreisen durch Kataloge, Drucksachen, Hausieren usw., sondern auch das Feilhalten und der Vertrieb von solchen Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft oder zur Verhütung der Empfängnis geeignet sind, beschränkt oder untersagt werden. Ebenso sind

auch alle für das Laienpublikum bestimmte Schriften und Bücher, in denen sich Beschreibungen der antikonzeptionellen und zur Unterbrechung der Schwangerschaft geeigneten Methoden und Mittel finden, zu verbieten.

2. Es möge dem § 184 des St.G.B. ein Absatz 3 angehängt werden, etwa folgenden Wortlautes: Nicht als ungünstig gelten diejenigen Mittel, die, ohne die Empfängnis zu verhüten, zum persönlichen Schutz der Gesundheit dienen; es sei denn, daß ihre öffentliche Anpreisung und Ausstellung in einer anstößigen und den Anstand gröblich verletzenden Weise vor sich geht.

3. Wird das Gesetz wider Körperverletzung auch auf die Ansteckung auszudehnen beantragt.

Hierzu möchte ich bemerken, daß das Verbot der „aufklärenden" Schriften offenbar das wirksamste wäre, daß aber gerade dieses am wenigsten zu erwarten ist, da das Verbot der Schriften der Kurpfuscher ein Teil des Pfuscherwesens selbst ist und das Pfuschertum in Deutschland nicht verboten werden wird.

Das Merkmal der „Unsittlichkeit", das als vorhanden angenommen wird, wenn das Mittel zur Verhütung der Konzeption, als nicht vorhanden, wenn es zum außerehelichen Geschlechtsgebrauch verwendet wird, ist medizinischen und nicht moralischen Ursprungs.

Ferner ist das Zölibat der Lehrerinnen eingehend besprochen und namentlich darauf hingewiesen, daß die verheirateten Lehrerinnen die Schrittmacherinnen des Zwei- und Einkindersystems auch auf dem Lande sein würden und dadurch der Nation mehr schaden als nützen. Dr. Graßl-Kempten.

Die planmäßige periodische Untersuchung anscheinend Gesunder. Von Sanitätsrat Dr. Sonnenberger-Worms. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Nr. 17.

Die planmäßige periodische Untersuchung anscheinend Gesunder ist von sozial- und individual-hygienischer Bedeutung. Planmäßig hat sie bis jetzt nur die Lebensversicherungsmedizin in Angriff genommen; jetzt kommt die Untersuchung der Säuglinge und Schulkinder hinzu. In Amerika hat man bereits ein eignes Institut errichtet, das Lebensverlängerungs-Institut; die Arbeiten dieses Instituts haben Florschütz und Gottstein zu weiteren Publikationen angeregt. Die planmäßige Durchuntersuchung sämtlicher Angehörigen eines bestimmten Lebensabschnittes bringt erst Licht über die Ausdehnung von Krankheitsanlagen und deren späteren Weiterentwicklung. Diese jetzt empfohlene Methode wird erst über die näheren Verhältnisse der Tuberkulose-Durchseuchung Aufschluß bringen, wird über planmäßige Vermeidung von Erkrankungen durch vorbeugende Kuren aufklären, wird die Volksgesundheit stärken und kräftigen, weil sie die Möglichkeit gibt, alle Untersuchten bei den ersten Abweichungen vom Normalen der ärztlichen Fürsorge und evtl. Behandlung zu überweisen.

Wir wissen, daß die Sterblichkeit um so geringer ist, je früher Patienten dem Krankenhause überwiesen werden.

Für die Erhaltung der Volksgesundheit bedarf es der periodischen Massenuntersuchung der Gesunden, besonders nach dem Kriege, weil da vor allem es wichtig ist, Menschenleben zu schonen und zu kräftigen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

3. Hebammenwesen.

Die Aussichten der Hebammenreform nach Friedensschluß. Von Dr. Rißmann, Direktor der Hebammenschule in Osnabrück. Der Frauenarzt; 1916, Heft 6 und 8.

Die Not des Krieges hat allen Bestrebungen, die gegen den Geburtenrückgang in Deutschland gerichtet sind, frischen und starken Zuwachs gebracht. Nicht selten ist dabei auch einer Reform des Hebammenwesens das Wort geredet. Nach den bisherigen Erfahrungen darf man aber in dieser Hinsicht nicht zu optimistisch sein, obwohl der Mutterschutz mindestens ebenso wichtig ist als der Säuglings- u. Kinderschutz, diesen sogar eigentlich vorausgehen

muß. Durch eine geschickte ausgedehnte Propaganda ist in den letzten Jahren sehr viel auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes erreicht worden; Verfasser beabsichtigt in gleicher Weise nach Friedensschluß auch im Interesse des Mutterschutzes und der damit eng zusammenhängenden Hebammenreform vorzugehen. Er will mit Beihilfe von Kollegen eine ganz große Versammlung der Frauenvereine Berlins zusammenrufen, um die Wichtigkeit einer Reform des Hebammenwesens der deutschen Frauenwelt und damit einem breiteren Publikum klar zu legen. Eine solche Versammlung werde auch den Plänen eines Reichsgesetzes für Hebammenschwestern kräftige Unterstützung gewähren. Erfreulicher Weise ist in den beteiligten Kreisen immer mehr die Notwendigkeit einer Mitwirkung der Hebammen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit anerkannt; dazu ist aber nach Verfassers Ansicht eine bessere Vorbildung und eine längere Ausbildung (einjährige Lehrzeit oder Hinzufügung eines praktischen Vierteljahrs) erforderlich; außerdem sollten die Hebammen auch Hebammenschwestern genannt werden und im Berufe eine den Schwestern ähnliche Tracht zu tragen berechtigt sein. Auch an die Vorbildung der Hebammenlehrer müßten höhere Anforderungen (mindestens eine 3—5jähr. Arbeitszeit an einer Hebammenschule) gestellt werden. Verfasser wünscht ferner noch 1. Vergrößerung der Hebammenschulen durch geburtshilfliche Polikliniken, Mütter- und Kinderberatungsstellen und Säuglingsabteilung; 2. Ausbau des Bezirkshebammenwesens auch nach der Richtung hin, daß die Hebamme den Kreisarzt in den „Fürsorgeämtern" in weitgehender Weise unterstützen soll, und Beseitigung der schrankenlosen Hebammenkonkurrenz, sowie 3. Erlaß eines Gesetzes für Wochenbettpflegerinnen.

In einem Nachwort wendet sich Verfasser dann gegen die von Prof. Dr. Langstein auf der Gründerversammlung „der Spende Deutschlands für Säuglings- und Kinderschutz" vertretenen Ansicht, daß auch auf dem Lande „durch den Besuch und den Rat ausgebildeter Fürsorgerinnen eine wirksame Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit möglich sei." Er steht mit Recht auf den auch von dem Referenten und sicherlich auch von vielen beamteten und nicht beamteten Aerzten geteilten Standpunkt, daß dasselbe Ziel durch eine zeitgemäße Reform des Hebammenwesens und durch eine ausgiebige Heranziehung entsprechend ausgebildeter und finanziell besser gestellter Hebammen viel einfacher und billiger zu erreichen ist, als durch Anstellung von besonderen Säuglingsfürsorgerinnen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Herabsetzung der Kriegsbesoldung für Offiziere usw. und Militärärzte. Nach der im Armee-Verordnungsblatt veröffentlichten Kaiserlichen Kabinettsorder und dem sich darauf beziehenden Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums vom 19. September 1916 sind vom 1. Oktober 1916 ab folgende Aenderungen eingetreten:

Die monatliche Dienstzulage wird ermäßigt: für den Kriegsminister und die Armee-Oberbefehlshaber um je 1000 M., für kommandierende Generale und Offiziere in Stellen mit gleichen Gebührnissen um je 650 M., die monatliche Feldbesoldung für Divisionskommandeure und Offiziere in Stellen mit gleichen Gebührnissen um je 150 M., jedoch bleiben die bisherigen Gebührnisse bei den Generalen, die vor dem 1. Oktober 1916 mit den vorbezeichneten Stellen bereits beliehen sind, von den vorstehenden Festsetzungen unberührt.

Hauptleute oder Rittmeister usw. sowie Stabsärzte erhalten bei Formationen mit mobiler Besoldung ein monatliches Gehalt von 510 M., bei Formationen mit immobiler Besoldung ein monatliches Gehalt von 450 M. Neben diesem Gehalt beziehen diejenigen, die die dienstgradmäßigen Gebührnisse bereits erhalten oder in diese bis zum 30. September 1916 einschließlich einrücken — gleichgültig, ob sie Anspruch auf die mobile oder immobile Besoldung haben — den Unterschied zwischen ihrer bisherigen und der neufestgesetzten Besoldung mit 145 M. als Monatszulage.

Oberleutnants usw. sowie Oberärzte, Assistenzärzte, Feldhilfsärzte erhalten bei Formationen mit mobiler Besoldung ein monat-

liches Gehalt von 250 M., bei Formationen mit immobiler Besoldung ein monatliches Gehalt von 220 M. Neben diesem Gehalt beziehen — gleichgültig, ob sie Anspruch auf die mobile oder immobile Besoldung haben — alle diejenigen, die diesen Dienstgrad bereits besitzen oder bis zum 30. September einschl. erlangen, sowie solche Assistenzärzte, Feldhilfsärzte, die zwar erst vom 1. Oktober 1916 einschließlich ab hierzu befördert oder ernannt werden, aber verheiratet sind, eine Monatszulage von 60 M.

Für den Bezug der verringerten Gebührnisse ist der Tag maßgebend' an dem die die Beförderung usw. aussprechende Allerhöchste Kabinetsorder oder die sonst in Betracht kommende Verfügung erlassen worden ist.

Die Monatszulagen von 145 oder 60 M. zählen mit dem Gehalt zur Kriegsbesoldung; sie sind nicht nach Tagen, sondern in vollen Monatssätzen nach den allgemeinen Bestimmungen der §§ 8, 53 und 71 der Kriegsbesoldungsvorschrift monatlich im voraus zu zahlen.

Nach den Grundsätzen für Verheiratete sind auch abzufinden:

a) unverheiratete Leutnants, Assistenzärzte usw., die den Unterhalt bedürftiger Angehöriger, nämlich von Verwandten der ansteigenden Linie, Geschwistern, Geschwisterkindern oder Pflegekindern ganz oder überwiegend bestreiten,
b) verheiratet gewesene Leutnants, Assistenzärzte usw. unter den Voraussetzungen zu a) oder sofern sie eheliche oder legitimierte Abkömmlinge haben.

Die Monatszulage von 60 M. ist auch solchen Leutnants, Assistenzärzten zu gewähren, die erst nach ihrer Beförderung sich verheiraten oder bedürftigen Angehörigen den Unterhalt gewähren. Sie wird zuständig mit dem Ersten und endigt mit dem Letzten des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Gewährung eintreten oder wegfallen.

Der vom Reichstag eingesetzte **Sonderausschuß für Bevölkerungspolitik** hat beschlossen, durch einen Unterausschuß einen Arbeitsplan entwerfen zu lassen. In diesen Unterausschuß wurden gewählt die Abgeordneten Dr. van Calker (natl.), Dr. Faßbender (Ztr.), Dr. Quarck (Soz.), Dr. Struve (Vp.), Dr. Werner (Deutsche Fraktion). Der Ausschuß will die ihm obliegende Arbeit sehr tatkräftig betreiben und dazu, wenn dies nötig und möglich ist, auch über die gegenwärtige Tagung des Reichstages hinaus versammelt bleiben. Die Beratungen sollen mit einer Prüfung darüber beginnen, wie die Geschlechtskrankheiten einzudämmen sind. Berichterstatter für das Plenum ist Abg. Dr. Struve (Vp.).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Kasse:

Stabsarzt d. Res. und Regimentsarzt Dr. Althoff-Recklinghausen.
Oberarzt d. Res. und Bataillonsarzt Dr. Heinrich Becker-Siegburg (Rheinprovinz).
Generalober- und Divisionsarzt Dr. Ebertz-Mörchingen (Lothringen).
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. Hintze-Sprottau.
Oberstabsarzt d. L. und Reg.-Arzt San.-Rat Dr. Heinr. Holtermann-Neustadt (Mecklenburg-Schwerin).
Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Richard Jahn-Wriezen (Reg.-Bez. Potsdam).
Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Koebisch, Besitzer des Sanatoriums Friedrichshöhe in Oberniga (Reg.-Bez. Breslau).
Assistenzarzt d. Res. und Abteilungsarzt Dr. Alfred Sartorius-München.
Oberarzt d. Res. Dr. Schaefer-Ballenstedt im Harz.
Oberstabsarzt Dr. Schloßberger-Stuttgart.
Landsturmpfl. Arzt Dr. Ludwig Stambach-Pützchen bei Bonn.
Generaloberarzt d. L. Prof. Dr. Tietze-Breslau.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Dr. Wollenweber in Dortmund; Führer eines Lazarettzuges.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberarzt d. Res. Dr. Otto Barth-Stuttgart.
Stabsarzt d. L. Dr. M. Brausewetter (früher in Madrid).
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Fritsche-Eilenburg.
Feldhilfsarzt Otto Fritzsche-Oberschlemma bei Schwarzenberg (Königreich Sachsen).
Oberarzt Dr. Alfred Henkel-Straßburg i. Els.
Assistenzarzt d. Res. Dr. F. Hoff-Magdeburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wilhelm Lahann-Schenefeld (Schleswig-Holstein).
Stabsarzt d. Res. Dr. Sander-Schweinfurt.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Schiffmann-Stralsund.
Med.-Rat Dr. **Schow**, Kreisarzt in Tondern, zuletzt Kreisarzt in Russ.-Polen.
Leutnant d. Res. Dr. med. Hans Schulze-Göttingen.
Stabsarzt d. L. Dr. Martin Segal-Vitz (Reg.-Bez. Frankfurt).
Oberstabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. **Stoll**, Oberamtsarzt in Tübingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Heinrich Tillmann-Crefeld.
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Eduard Trautwein-Kreuznach.
Abteilungsarzt Dr. Ludwig Wechselmann-Kattowitz (Oberschlesien) (gestorben infolge eines Unfalls).
Abteilungsarzt Dr. Heinr. Wigels-Worms (infolge von Krankheit gest.).

Ferner ist auf dem Felde der Ehre gefallen: Vizefeldwebel Schlüter, stud. med., Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Schlüter, Kreisarzt in Gütersloh.

In der Ehrengedächtnistafel in Nr. 18 der Zeitschrift, S. 564 muß es statt „Dr. Maximilian Frey-Saarbrücken" heißen: „Dr. Julius Fey"-Saarbrücken.

Cholera: Bosnien und Herzegowina sind seit Mitte August ebenso cholerafrei, wie Oesterreich und Ungarn. In der Türkei ist dagegen die Seuche in Samsun (Kleinasien) wieder heftiger aufgetreten.

Fleckfieber: In Ungarn sind in den Wochen vom 14. August bis 3. September 1, 3 und 1 Erkrankungen amtlich gemeldet.

Pocken: Im Deutschen Reiche sind in den Wochen vom 10. bis 23. September 10 und 1 sowie 6 Erkrankungen nachträglich gemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 27. August bis 9. September 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 10 (—), 3 (—); Tollwut: 1 (—), — (—); Milzbrand: 1 (—), 1 (—); Pocken: 6 (—), 8 (1); Unterleibstyphus: 330 (25), 327 (21); Ruhr: 661 (58), 725 (65); Diphtherie: 1732 (95), 1909 (101); Scharlach: 1188 (69), 1332 (56); Kindbettfieber: 53 (14), 46 (18); Genickstarre: 5 (3), 6 (2); spinaler Kinderlähmung: 7 (—), 3 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 1 (—), 66 (—); Pilzvergiftung: 3 (—), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 68, 70; Tuberkulose (gest.): 616, 617.

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Entsprechend zahlreichen Wünschen aus den Kreisen der Medizinalbeamten haben sich Herausgeber und Verlagsbuchhandlung entschlossen, den **Kalender für Medizinalbeamte** wieder erscheinen zu lassen. Der neue **Jahrgang 1917** wird Mitte Dezember d. J. zur Ausgabe gelangen; die unterzeichnete **Verlagsbuchhandlung nimmt schon jetzt Bestellungen entgegen.**

Die Verlagsbuchhandlung. **Der Herausgeber.**

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 20. Ausgegeben am 20. Oktober 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark.)

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: Den außerord. Professoren Dr. H. Falkenheim in Königsberg i. Pr. und Dr. Carl Krause in Bonn; — das Prädikat Professor: die Privatdozenten Dr. R. Cords und Dr. Capelle in Bonn, Dr. Surti und Dr. W. Clausen in Halle a. S., Dr. Bitter und Dr. Runge in Kiel, Dr. Veit, Dr. Grüter, Dr. Berblinger und Dr. Hagemann in Marburg, Dr. Bort, Dr. Frey, Dr. Klieneberger, Dr. Linck und Dr. Sachs in Königsberg i. Pr.; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Oberlandphysikus Dr. Eduard Deetz in Arolsen, Physikus Med.-Rat Dr. Richard Kreißmann in Sonneberg, Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Heinrich Mayer in St. Goarshausen, Kantonal- und Bahnarzt Dr. Hermann Picard in Lauterberg, Kreis Weißenburg, Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz, Reg.- u. Med.-Rat in Cassel.

(Fortsetzung der Personalien auf der letzten Seite des Umschlags.)

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der **Reichs-Postverwaltung** über den **Postscheckverkehr** bei, worauf wir besonders aufmerksam machen.

Ernannt: Der Reg.- und Med.-Rat Dr. Beninde in Frankfurt a. Oder zum Hilfsarbeiter in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern und zum ständigen Hilfsarbeiter bei der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; Stadtassistenzarzt Dr. Schüller in Düsseldorf zum Kreisarzt in Daun; die Aerzte Dr. Brieger in Cosel zum Kreisassistenzarzt unter Beauftragung mit der Vertretung der Kreisärzte in Cosel und Neustadt (Oberschl.) und Dr. Joesten in Wipperfürth zum Kreisassistenzarzt unter Beauftragung mit der Vertretung der Kreisärzte in Wipperfürth und Gummersbach; Prof. Dr. Mönckeberg in Düsseldorf zum ordentl. Professor und Direktor des pathologischen Universitätsinstituts in Straßburg i. Els.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Grimm in Ragnit nach Beeskow, Dr. Holz in Wehlau nach Fischhausen, Med.-Rat Dr. Israel in Fischhausen nach Breslau (Landkreis).

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Gottschalk, Kreisarzt in Rathenow, Geh. Med.-Rat Dr Janert, Kreisarzt in Seehausen, Kreisarzt Dr. Krüger in Münsterberg i. Schl.

Königreich Bayern.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. O. Köhl in Naila, zurzeit im Felde, zum Bezirksarzt in Hof.

Versetzt: Der Bezirksarzt Dr. Rothhammer von Griesbach nach Weilheim, Bezirksarzt Dr. A. Sitzberger von Eggenfelden nach Passau.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Rat Prof. Dr. Czerny, Exz., Heidelberg.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. L. Pfeiffer in Rostock zum Vortragenden Rat im Justizministerium, Abteilung für Medizinalangelegenheiten, mit dem Charakter als Geheimer Ober-Medizinalrat.

Reichsland Elsass-Lothringen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Professor der Medizin an der Universität Straßburg Dr. Cahn.

---

29. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1916.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 20.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Okt.

Zur Kasuistik des Erhängungstodes.

Von Med.-Rat Dr. Langermann, Kreisarzt in Bensheim, zurzeit Ober-Stabsarzt bei einem Reservelazarett.

Bekanntlich erfolgt der Selbstmord durch Erhängen meist in der Weise, daß der Selbstmordkandidat sich eine mit ihren Enden irgendwie befestigte Schlinge um den Hals legt und dann die Schwere des Körpers wirken läßt, wodurch der Hals von dem Strangwerkzeug eingeschnürt wird. Da diese Schlinge fast immer aus anatomischen Gründen oberhalb des Kehlkopfes zwischen diesem und dem Zungenbein zu liegen kommt, so erfolgt der Verschluß der Respirationswege an dieser Stelle nicht durch die Kompression des Kehlkopfes und der Trachea, sondern so, daß der Zungengrund und der weiche Gaumen nach oben gezerrt, gegen die Wirbelsäule gedrückt und so der Nasenrachenraum verschlossen wird, wie sich dies auch experimentell und an Gefrierschnitten von typisch Erhängten nachweisen läßt. Der Luftabschluß bedingt dann durch Aufhebung des respiratorischen Gaswechsels den Erstickungstod. Daß aber auch durch eine solche auf diese Art bewerkstelligte Einschnürung

des Halses die großen Halsgefäße, besonders die Karotiden und Jugularvenen, eine Kompression erfahren, muß schon aus deren anatomischen Lage geschlossen werden, aber viel mehr noch aus der manchmal der Strangfurche entsprechend zu findenden Ruptur der Intima und aus einwandfrei festgestelltem Selbstmord durch Erhängen bei tracheotomierten Personen, bei denen der Strang oberhalb der Kanüle lag. Beweisend hierfür ist auch der Versuch, daß man bei in typischer Weise suspendierten Leichen erwachsener Personen nicht im stande ist, Flüssigkeiten durch die Karotiden durchzutreiben. Meist werden aber auch die Arteriae vertebrales komprimiert und zwar an der Stelle, wo sie nur von Weichteilen umgeben sind, also oberhalb des Epistropheus. Es wird somit die Blutzufuhr zum Vorder- und zum Nachhirn mit dem verlängerten Mark unterbrochen. Früher nahm man nun als wesentlichen mitbestimmenden Faktor beim Zustandekommen des Erhängungstodes noch die Möglichkeit einer Kompression der Nervi vagi an, die mit der Carotis und Jugularis interna in einer Scheide liegen. Bekanntlich bewirkt ja die Durchschneidung wie auch ein Zusammendrücken beider Nervi vagi neben der Herabsetzung der Atmung eine Vermehrung des Herzschlags mit Schwäche der Herztätigkeit. Der Herzstillstand sollte hierdurch erklärt werden. In einzelnen Fällen, zumal bei Sturz aus großer Höhe in eine um den Hals angelegte Schlinge, kann auch eine Zerrung und Blutung in das verlängerte Werk einsetzen und so den Tod bewirken, wie sich dies aus Sektionsergebnissen nachweisen läßt.

Die Strangfurche verläuft meistens nun so, daß sie quer über den Vorderhals zwischen Kehlkopf und Zungenbein unter den Warzenfortsätzen ziemlich steil nach den Nacken zu aufsteigt und sich dort zum Knoten oder einer Schlinge in einem Winkel vereinigt. Man spricht dann vom typischen Erhängungstod. Ebenso häufig findet man aber auch den asymetrischen Verlauf der Strangmarke, indem die Enden nicht im Nacken, sondern seitlich von diesem liegen, so z. B. hinter einem Ohr, vor dem Ohr oder unter dem Ohrläppchen, am Kinn oder unmittelbar unter diesem (atypischer Erhängungstod). Die Strangfurche ist entweder lederartig (pergamentartig) vertrocknet, braungelb bis braunrot verfärbt infolge von starker Kompression und Abschürfung der Oberhaut, sowie infolge von Eintrocknen der Haut nach dem Tode, oder sie zeigt sich als bläulicher, vertiefter, oder als flacher, weißlicher Hautstreifen (weiche Strangmarke). Ein dünner, festgedrehter Strick, der tief einschneidet, wird natürlich die Strangmarke weit deutlicher markieren, wie ein dicker, weichgedrehter oder ein breites Band. Auch die Zeit der einwirkenden Kraft spielt mit, insofern als Leichen, die lange gehängt haben, die Furche besser sehen lassen, als solche, die nur kurz in dieser Lage verblieben.

Es tritt nun bei typisch Erhängten Bewußtlosigkeit sofort oder in wenigen Augenblicken ein, wie sich dies aus den Aus-

sagen von Geretteten und aus dem Umstand schließen läßt, daß es fast nie vorkommt, daß ein Selbstmörder seinen Kopf noch aus der Schlinge zieht, obwohl er nach der Lage des Körpers (Selbstmord im Stehen, in sitzender oder liegender Stellung) sehr gut die Gelegenheit dazu hatte. Weiterhin machen sich nachgewiesenermaßen bei vom Erhängungstod zufällig Geretteten oft reflektorische und psychische Störungen mit Amnesie geltend, die nur darauf schließen lassen, daß bei der Suspension das Gehirn am meisten und zuerst infolge des durch die Kompression der Gefäße bedingten Blutabschlusses geschädigt wird. Daß dagegen der Luftabschluß durch die Tamponade des Nasenrachenraums nicht gleich tödlich wirken kann, wird durch die Tatsache illustriert, daß der Herzschlag bei Erhängten meist noch minutenlang andauert. Dagegen spielt die Vagusreizung durch das Strangwerkzeug beim Erhängungstod nach den neueren Untersuchungen keine einflußreiche Rolle. Ebenso findet man gewöhnlich bei Erhängten keine Verletzung der oberen Halswirbelsäule und des verlängerten Markes mit seinen lebenswichtigen Zentren; denn nach dem anatomischen Bilde ist es nicht leicht möglich, daß etwa die festen Bänder, die den Zahn des Epistropheus an den Atlas binden, bei typischer Suspension, wo die Schwere des Körpers allein wirkt, und wo der Kopf nach vorne oder seitlich gesunken ist, reißen und der Zahn irgendwelche tiefe Schädigungen hervorrufen kann. Dazu kommt noch, daß das verlängerte Mark, von sulzigem Gewebe umgeben, gut gepolstert in einem weiten Wirbelkanal liegt und so auch einem erheblichen Druck genügend ausweichen kann.

Daß aber trotzdem beim Selbstmord durch Erhängen, wo keine abnorme Kraftwirkung stattfand, gerade diese letztere Möglichkeit bei der Erörterung der Todesursachen in Betracht kam, soll nachfolgender Fall beweisen, den ich vor Beginn des Krieges gelegentlich einer gerichtlichen Leichenschau zu sehen bekam. Eine Sektion konnte leider aus äußeren Gründen nicht angeschlossen werden.

Ich lasse zunächst das Protokoll der äußeren Besichtigung folgen:

1. Die übergebene männliche Leiche des hier bekannten P. St. ist 182 cm lang und zeigt kräftigen Knochenbau und mäßigen Ernährungszustand.

2. Die Farbe der Leiche ist im allgemeinen graugelb, nur der Rücken und die Gesäßgegend sind blaßblaurot verfärbt. Auf starkem Druck schwindet diese Verfärbung; Einschnitte hierin ergeben keinerlei ausgetretenes Blut.

3. Die Totenstarre ist in den Kiefer- und Halsgelenken gelöst, während sie in den anderen Gelenken noch vorhanden ist. Verwesungsgeruch ist angedeutet.

4. Der Kopf ist nach hinten gebeugt. Die Stirn, beide Ohren und der behaarte Kopfschädel sind bläulich verfärbt. Gesicht und Schädel sind sonst unverletzt.

5. Die Augenlider sind schlitzförmig verzogen und stehen halb offen. Die oberen Lider sind platt gedrückt. Die Hornhäute sind getrübt, die Pupillen mittel- und gleichweit, die Augäpfel weich und matsch. Die Blutgefäße der Augenbindehäute sind gefüllt und springen stark vor.

6. Die Oeffnungen der Nase und der Ohren sind frei von Fremdkörpern.

7. Der Mund steht sehr weit offen, die Zunge liegt zurückgesunken. Der Oberkiefer mit zwei schadhaften Zähnen springt stark vor, während der Unterkiefer zurückgesunken ist.

8. Die Strangfurche verläuft nicht regelmäßig um den Hals, sondern setzt in der Mitte des Nackens 2 cm unter der Haargrenze an, verläuft dann beiderseits unterhalb der Ohrläppchen und steigt über beide Jochbogen in die Höhe, um dann wagerecht über beide oberen Augenhöhlenränder bis zur Stirnmitte zu verlaufen, wo sich eine Unterbrechung findet. Diese Strangmarke ist im Nacken und zu beiden Seiten des Halses 1 cm breit, 0,5 cm tief, lederartig, gelblich gefärbt und zeigt auf dem Grunde teilweise den Abdruck eines gut gedrehten Strickes, wie er auch als Strangwerkzeug in Betracht kam, während sie nach dem Gesicht zu ziemlich oberflächlich liegt, nur 0,5 cm breit, blaßbläulich aussieht und keine sichtbaren Blutungen auf dem Grunde oder an den Rändern aufweist.

9. Auf der Kinnmitte, dem Unterkieferrand entsprechend, findet sich eine dreizipfelige, etwa markstückgroße, oberflächliche Hautabschürfung mit einzelnen abwischbaren Blutkrusten in der Umgebung. Der Grund dieser Hautverletzung ist dunkelrot gefärbt, eingetrocknet und zeigt keinerlei Bluterguß in der Tiefe. Die Umgebung ist nicht gerötet; keinerlei Blutung innerhalb der Ränder.

10. Der Hals ist ziemlich frei beweglich, zeigt keinerlei Brüche der Halswirbel oder des Kehlkopfs und Zungenbeins, auch sonst keinerlei Verletzungen.

11. Die Brust ist gut gewölbt und unverletzt.

12. Der Rücken zeigt keine Besonderheiten. Die Aftergegend ist leicht mit Kot beschmutzt.

13. In beiden Leistengegenden findet sich ein doppelseitiger, nußgroßer, reponibler Leistenbruch, der durch ein Bruchband gut zurückgehalten wird.

14. An beiden Waden, die leicht blaurot gefärbt sind, finden sich einzelne stecknadelkopfgroße Ekchymosen. Auf dem linken Handrücken findet sich eine runde, pfennigstückgroße, rotbraun gefärbte Stelle mit Abschürfung der Oberhaut und eingetrocknetem Grunde. Die Finger sind leicht zur Faust gekrallt, nicht beschmutzt und weisen keine Verletzungen auf.

Das vorläufige Gutachten lautete dahin, daß der Tod des Mannes infolge von Selbstmord durch Erhängen eingetreten ist. Die vorgefundenen Hautabschürfungen dürften durch Widerschlagen des Körpers wider Baumstämme hervorgerufen worden sein. Sonst fehlten Zeichen von verbrecherischer Einwirkung fremder Personen.

Durch Zeugenaussagen ließ sich folgendes feststellen:

Der Erhängte hatte 2 Tage vorher seine Wohnung verlassen, angeblich, um sich in dem nahen Städtchen ein neues Bruchband zu kaufen. Von allen Zeugen wurde er als ein tiefsinniger, stiller Mann geschildert, dessen Schwermut durch den vor 1½ Jahren erfolgten Tod seiner Frau noch zugenommen hatte, und dem man diesen Selbstmord getrost zutrauen konnte. Als der Mann am Abend spät nicht nach Hause zurückkehrte, auch des andern Morgens nichts von sich sehen ließ, wurde von dem Sohne nach ihm gefahndet. Inzwischen hatten jedoch 2 Studenten die Leiche an einen Baum hängend, die Füße knapp auf den Boden reichend, im Walde in der Nähe eines Ausflugsturms aufgefunden und den Turmwächter benachrichtigt, der die Leiche abschnitt und den Angehörigen übergab. Der Kopf habe dabei stark nach hinten gebeugt gestanden; wie der Strick dabei gelegen habe, konnte nicht festgestellt werden. Die Wertsachen fanden sich bei dem Verlebten unbeschädigt.

Da für das Gericht Selbstmord durch Erhängen als Todesursache, zumal auch noch nach Ausweis vorgefundener Schriftstücke allein in Betracht kam, wurde von einer Sektion Abstand genommen.

Daß es sich im vorliegenden Falle um einen reinen Selbstmord bei einem Mann handelt, der sich in der Depression befand, und daß eine kriminelle Handlung anderer Personen völlig auszuschließen war, bedarf wohl keines weiteren Beweises. Die Hautabschürfungen am Kinn und an der einen Hand dürften durch Anschlagen an harte Gegenstände infolge des Todeskampfes entstanden sein. An dem Falle interessiert besonders, daß die Strangmarke nicht typisch zirkulär um den Hals lag, sondern vom Nacken unterhalb beider Ohrläppchen nach der Stirnmitte verlief, um dort zu verschwinden. Die Luftzufuhr zu den Lungen und die Blutzirkulation nach dem Gehirn konnten ungehindert von statten gehen; denn die zurückgesunkene Zunge, die wohl erst sekundär post mortem sich so eingestellt haben mag, kann keinesfalls die Luftzufuhr so erheblich abschließen, daß Erstickung eintritt. Wenn vielleicht auch die Arteriae vertebrales im Naken komprimiert wurden, so erhielt doch das Gehirn genügend Blut durch die Karotiden. Ein Abschluß der Blutzirkulation dorthin und eine sofort hierdurch einsetzende Bewußtlosigkeit sind somit nicht anzunehmen. Auch kommt nach der ganzen Lage des Strangwerkzeuges eine Kompression der Nervi vagi nicht in Frage. Shock-Wirkung, soweit man unter einer solchen eine durch Reizwirkung auf periphere Nerven zustande gekommene Lähmung der Atmung und des Herzens versteht, ist ebenfalls auszuschließen. Alle Faktoren, die für den Mechanismus des Erhängungstodes sonst in Betracht kommen, fallen also hier aus. Tatsächlich handelt es sich ja auch nicht um ein typisches Erhängen, wie man es nach dem Sprachgebrauch versteht, sondern um eine Suspension, wobei der Strick nicht auf den Hals direkt einwirkt, sondern nur den Kopf nach hinten zerrt und dann die ganze Schwere des Körpers wirken läßt. Daß in einer solchen Lage des Kopfes das verlängerte Mark einer vermehrten Schädigung durch die obersten Halswirbel ausgesetzt ist und eine Reizung desselben, ja vielleicht auch Blutung in das Gewebe eintreten kann, ist klar. Wenn man auch bei der Deutung der eigentlichen Todesursache nur auf Vermutungen angewiesen ist, da der Beweis durch die Autopsie fehlt, so kann man eine solche mit Ausschluß aller anderen nur in eine Läsion des verlängerten Marks mit seinen lebenswichtigen Organen und gleich darauf einsetzenden Herz- und Atemstillstand erklären. Der Mechanismus des Selbsterhängens dürfte so zu deuten sein, daß der in seelischer Depression befindliche Mann, der den Vorsatz zum Selbstmord fest gefaßt hatte, und bei dem wohl Hemmungen kaum in Betracht kamen, sich den festgedrehten Strick um den Hals legte und zwar so, daß die Schlinge nach vorne lag. Beim Herunterspringen rutschte der vordere Teil der weit gehaltenen Schlinge, die nach dem Kinn zu lag, ab und blieb, wobei wahrscheinlich das Gesicht nach oben gewandt war, erst wieder an den Augenbögen hängen. Da es sich um einen dünnen, einschnürenden Strick mit gut laufender Schlinge

handelte, so fand er an dieser Stelle genügend Halt. Zugleich wurde der Kopf durch die Schwere des Körpers weiter nach hinten gebeugt; der Zahn des zweiten Halswirbels löste sich aus der Bandumhüllung und bohrte sich in die Medulla ein. Bewußtlosigkeit und Tod waren die Folge.

Ich habe nach ähnlichen Aufzeichnungen die einschlägige Literatur, soweit sie zur Verfügung stand, durchgesehen und keinen Fall gefunden, bei dem die Strangmarke so abnorm verlief und bei dem man bei der Deutung der Todesursche auf eine Verletzung der Halswirbelsäule angewiesen war. Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 1903, ebenso das Lehrbuch von Kratter 1912, die gerichtsärztliche und polizeiärztliche Technik von Lochte 1914, Medizin und Strafrecht von Straßmann 1911, desgleichen Puppe, Atlas und Grundriß der gerichtlichen Medizin und Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin, erwähnen keine derartigen Beispiele vom Erhängungstod. Auch in dem reichhaltigen Material der Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin fehlen hierüber kasuistische Beiträge. Gumprecht (Bd. 41, 1910) nimmt zwar eine Verletzung des verlängerten Markes durch die Quetschung bei der Suspension an; spätere Versuche erwiesen aber wieder die Haltlosigkeit einer solchen Annahme. In Casper-Liman, Handbuch der gerichtlichen Medizin 1882, werden allerdings einige Selbstmordfälle erwähnt, wo keine Strangfurche um den Hals zu sehen war, weil das Erhängen mittelst eines Handtuches oder durch einen alten weichen Strick erfolgte. Dort ist auch über einen Fall berichtet, wo beim Fehlen jeglicher Strangmarke der Tod infolge von Herabspringen in einen festgeschnallten Lederriemen durch Zerreißung der Halswirbelsäule entstanden war. In der Z. f. Med.-B., 1915 Nr. 10, teilte Kollege Keferstein ein Beispiel vom Erhängungstod mit, der mit dem hier besprochenen eine gewisse Aehnlichkeit hatte, wo der Strick durch den Mund um den Nacken lag und die Leiche am Bettpfosten hing. Bei der Leichenschau nahm man erst Selbstmord durch Erhängen ohne nachweisbare verbrecherische Einwirkung fremder Personen an. Eine 3 Jahre später erfolgte Sektion rückte die Frage des kriminellen Einwirkens anderer Personen näher. Trotz der abnormen Lage des Strickes wurde aber die Möglichkeit des Todes durch Luftabschluß zugestanden, insofern als Zunge und Gaumenbögen gegen die hintere Rachenwand gepreßt worden seien und so die Erstickung herbeigeführt hätten. Der Angeklagte gestand dann auch bei der Gerichtsverhandlung, daß er den Toten zuerst gewürgt und dann aufgehängt hätte, wobei er in der Eile nicht darauf achtete, ob der Strick richtig um den Hals lag. — Wie gesagt, scheint der von mir beschriebene Fall der einzige seither in der Literatur verzeichnete und wegen der seltenen und eigenartigen Begleitumstände de. Interesses aller Medizinalbeamten und Gerichtsärzte wert zu sein

Ueber die Giftigkeit der Aronsbeeren (Arum maculatum).

Von Dr. med. et phil. **Friederich Kanngiesser,** Privatdozent der Giftkunde an der Universität zu Neuchâtel.

Der Aronsstab (auch Zehrkraut, im holländischen u. a. duivelsstokje, berstebeziën und doodkeers, im französischen neben anderen Bezeichnungen auch picotin (etym. v. piquer) und im neugriechischen δραχοντία genannt] gilt allgemein als eine sehr giftige Pflanze. Literarisch fand ich insbesondere über die Beeren nur das folgende und zwar bei Ch. Cornevin: des plantes vénéneuses etc., Paris 1893, S. 66: „Bei kleinen Kindern, die Beeren gegessen hatten, sah man: Diarrhoe, Krämpfe, heftiges Brennen im Pharynx und Epigastrium. Prognose ernst. Tod etwa 15 Stunden nach Genuß.“ Ich selbst aß von einem Standort am Isarbachtal des nördlichen Taunus bei Braunfels fünf reife mittelgroße Aronsbeeren samt den fein zerkauten Kernen ohne außer einem alsbald einsetzenden nur ein paar Stunden anhaltenden Brennen in der Mundhöhle irgend weitere Beschwerden zu bekommen, also ziemlich unbeschadet. Das wunderte mich um so mehr, als ich im Jahr zuvor eine dickere Aronsbeere von einem höher gelegenen Westerwaldstandort oberhalb von Beilstein nicht so relativ symptomlos verzehrt hatte.[1]) Ich machte mich auf den Weg dorthin und sah an demselben Standort das schon damals vereinsamt stehende Exemplar am Fuß einer Buche wieder mit seinen scharlachrot glänzenden Beeren von weitem die Aufmerksamkeit auf sich lenkend. Es war am 7. September 1916 und um 1 Uhr 50 Min. p. m. aß ich fünf dieser über 1 cm dicken Beeren samt den fad schmeckenden fein zerkauten Kernen. Der Geschmack der Beeren ist nicht, wie ich früher auf Grund des Experiments mit nur einer einzigen Beere, die vielleicht über- oder noch nicht ganz reif war, vermerkte, widerlich süß, sondern sehr angenehm süß. Wenn Vergiftungen trotzdem seltener vorkommen, als z. B. mit den ebenfalls sehr süß schmeckenden Tollkirschen, so ist dies auch darauf zurückzuführen, daß die Atropa viel verbreiteter und in größeren Mengen vorkommt, als das mehr zerstreut auftretende Arum maculatum. Auch geht aus meinen Experimenten hervor, daß der Giftgehalt der Aronsbeeren je nach Standort innerhalb beträchtlicher Grenzen schwankt. Schon etwa $^1/_2$ Minute nach Genuß der Westerwaldbeeren trat ein intensives Brennen in der Mundhöhle, auf der Zungenspitze und noch mehr am Rachenbogen ein, das vom Verzehren weiterer Beeren abschreckt. Obwohl ich den Mund alsbald mit Wasser ausspülte, hielt bei den Westerwaldbeeren dieses Brennen, das auch vorübergehend auf den Lippen bemerkbar wurde, tagelang, wenn auch an Stärke abnehmend, an, um schließlich ein Gefühl auf der Zunge zurückzulassen,

[1]) Vgl. Berichte der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft; 1915, p. 327.

wie wenn man sich an zu heißer Suppe verbrannt hat. Diese Parästhesie ging jedoch im Lauf der zweiten Woche vorüber.

Das Prickeln unter der Haut, das nach Genuß der einen Beere nur an einem Tag sich bemerklich machte, setzte eine Stunde und fünfunddreißig Minuten — so lange dauerte also die Inkubation bis zum Beginn der Resorptionserscheinungen — nach Genuß der fünf Beeren ein und dauert zurzeit, wo ich den Druck dieser Zeilen durchsehe, am 9. Oktober, wenn auch stark gemindert und nur hin und wieder auftretend, noch an. Es befiel zuerst den linken Zeigefinger, die linke Hand, dann das linke Bein und 2 Stunden nach Genuß der Beeren auch die rechte Körperhälfte, auch hier zunächst an der Hand auftretend. Dieses Prickeln, das an das Kriebeln der Mutterkornvergiftung erinnert, huschte unheimlich bald da, bald dort auftretend über das gesamte Körpertegument und befiel mit Vorliebe Finger, Handrücken, Zehen, Fußsohle, Nasenspitze, Gegend der Augenbrauen und behaarte Kopfhaut. In letzterem Falle löste es ein Gefühl aus, als ob die Haare sich an den betroffenen Stellen aufrichten resp. bewegen würden. In der Bettwärme steigerte sich dies Brennen oft zu Juckreiz und behinderte das Einschlafen. Eine Besserung zeigte sich erst am 11. September und (nach erneuter Verschlimmerung) seit dem 20. September. Das Prickeln (das sich auch in dem äußeren Gehörgang, in der Mundhöhle und im orificium urethrae bemerklich gemacht hatte) pflegt flüchtig und rasch aufzutreten, ganz kurz anzuhalten und rasch zu verschwinden. Diese Formikationen wurden von mir je nach Zeit verschieden empfunden: als ob Luftbläschen unter der Haut im Blut zirkulierten und nicht heraus könnten, als ob Ungeziefer über die Haut lief, als ob Filarien die Haut durchwanderten, als ob ein warmer Lufthauch über sie ströme, als ob mir mit Hilfe des Sonnenlichts und einer Lupe die Haut versengt würde, als ob die Glieder „eingeschlafen“ gewesen wären, als ob ich mit feinen Nädelchen gestochen würde resp. auf Nädelchen ginge und (besonders im Gesicht) als ob ich mit Federn oder Spinngewebe in Berührung käme. An den Zähnen hatte ich zuweilen das Empfinden als ob Kälte über diese hinflösse und in den Gelenken traten hin und wieder gichtige Beschwerden auf. So wie das Schwindligsein das klinische Bild der Intoxikation beherrschte, als ich zehn Tollkirschen gegessen hatte,[1]) so beherrschte dieses unheimliche „Nesseln“ diese Intoxikation nach Genuß der fünf Aronsbeeren, deren Gift erheblich länger im Körper wirkt oder verweilt, als das Tollkirschengift resp. das Atropin.

An weiteren Symptomen beobachtete ich an mir bei dieser Vergiftung mit Beeren von Arum maculatum das folgende: Noch am Tage des Genusses der Beeren (am 7. September) 9^{07} und 9^{15} p. m. nach vorausgegangenen Bauchschmerzen starke diarrhöische Entleerungen: d. h. etwa $7^1/_2$ Stunden nach Genuß

[1]) Vgl. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 47.

der Beeren.[1]) Um 11 Uhr nachts Zuckungen in Fußzehen, Zunge und Augenlidern. Am 8. September vormittags leichtes „Brennen“ im Thorax und leichtes Beklemmungsgefühl über dem Brustkasten und in der Herzgegend, das bis in den 10. September hinein andauerte. Um 9 Uhr p. m. leichte Vertigo. Am 9. September 2 Uhr nachts Schwindel und Uebelkeit. Später ein süßlicher Geschmack in der Mundhöhle (durch Elimination des Giftes?), Zuckungen in den unteren Extremitäten, desgl. kurz andauernd Wadenkrämpfe links. Am 10. September morgens beim Aufstehen Gefühl, als ob die mittleren rechten Zehen plantarwärts gekrümmt seien und als ob die Hände dick wären. An diesem Tag wurde die Paraesthesie des Hautprickelns am lästigsten empfunden. Ferner: Spannungsgefühl der Gesichtshaut (Anflug von Trismus?) und etwas Schwerfälligkeit beim Gehen. Nachdem am 11. Sept. scheinbar Besserung eingetreten war, verschlimmerte sich das Befinden im Laufe der Nacht. Die nächsten beiden Tage etwas Schwindel und Schwäche, Kopf eingenommen.

Am 14. Sept. Besserung, doch hält das Kriebeln an, ist am 16. wieder recht intensiv und läßt erst am 20. September 1916, also fast 2 Wochen nach Beginn, an Stärke merklich nach. Trotzdem noch weitere Rezidive in den Nächten vom 25./26. September, vom 1./2. und vom 8./9. Oktober. Entweder scheint das Gift nur langsam oder schubweise den Körper zu verlassen oder es handelt sich um Nachklänge der Hautreizung ähnlich dem zurückbleibenden Juckreiz nach abgelaufener Milben- und Primel-Krätze.

Ueber weitere Selbstexperimente mit anderen Beeren vgl. das Verzeichnis der Arbeiten von F. Kanngiesser in den Universitätsbibliotheken der Schweiz.

Fruchtabtreibung durch Gebärmutterauskratzung.

Von Medizinalrat Dr. **Hofacker**, Kreisarzt in Düsseldorf.

Ein Strafprozeß wegen Abtreibung, in dem ich als Sachverständiger tätig war, zeigte, wie raffiniert eine Abtreibung ins Werk gesetzt wurde, wie Aerzte dabei unbewußt als Helfershelfer mitwirkten und wie schnell, um nicht zu sagen, wie leichtfertig die Auskratzung der Gebärmutter als notwendig erachtet wurde.

Die Geschichte trug sich folgendermaßen zu:

Das Dienstmädchen A. hatte geschlechtlichen Verkehr mit ihrem Dienstherrn, dem Zahnarzt B. und teilte diesem im Januar 1915 mit, daß sie sich von ihm schwanger fühle. B. erklärte, das müsse unbedingt beseitigt werden und riet dem Mädchen, zu dem prakt. Arzte C. zu gehen, ihm über Beschwerden im Unterleib zu klagen, dann würde dieser etwas an ihr tun, wodurch die Schwangerschaft unterbrochen würde. Das Mädchen folgte dem Rate, der Arzt fand aber nichts, was ihn zu einem Eingriff veranlassen könnte. Auf das Drängen ihres Herrn wiederholte das Mädchen ihre Besuche bei dem

[1]) Drastischer wirkten bei mir fünf Seidelbastbeeren, wo die profusen Durchfälle schon 2 Stunden nach Genuß begannen: vgl. Daphne Mezereum. Oesterr. Aerzte-Ztg.; 1914, Nr. 15.

Arzte, jedoch ohne etwas zu erreichen. Nun verfiel B. auf ein anderes Mittel, er forderte die A. auf, sich in der Apotheke Blutegel zu holen und diese in die Scheide einzuführen. Da das Mädchen in der Apotheke keine Blutegel bekommen konnte, holte B. sie selbst in einer anderen Apotheke, gab sie aber wohlgemerkt der A. nicht selbst, sondern forderte sie auf, das Gefäß mit den Tieren aus der Tasche seines Ueberziehers zu nehmen und die Blutegel so wie ihr gesagt, einzuführen. Dies tat die A. am Vormittag des 16. März. Bald kam Blut, und jetzt schickte B. das Mädchen wieder zum Arzt C. in der Voraussetzung, nun würde dieser eingreifen. Darin täuschte er sich nicht; als C. die Blutung feststellte, ging er sofort mit der A. in ein Krankenhaus und machte hier mit dem Krankenhausarzt D. eine Ausschabung der Gebärmutter.

Wie die Sache viel später, erst nach Monaten vor den Strafrichter kam, braucht hier nicht erzählt zu werden. Beschuldigt wurden das Dienstmädchen A. und der Zahnarzt B.; gegen diesen konnte aber das Verfahren nicht durchgeführt werden, weil er mittlerweile eingezogen und im Felde war. So wurde nur gegen die A. verhandelt. Vor der Strafkammer sagte der Arzt C. als Zeuge u. a. aus, er wisse sich nicht mehr zu erinnern, ob er oder der Krankenhausarzt D. die Operation gemacht habe. Derartige Operationen seien so häufig, daß man sich nach so langer Zeit der Einzelheiten nicht mehr entsinnen könne. Auch wußte er nicht, ob bei der Operation Reste einer Frucht oder eines Eies entfernt worden waren. In dem Narkosenbuch des Krankenhauses war nur verzeichnet: „Curettage wegen Abort.“ Der Krankenhausarzt war nicht vorgeladen. Die Angeklagte A. wurde zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt.

Dies in kurzem der Hergang. Die sich sofort aufdrängende Frage, wann, wo und wie die Frucht entfernt wurde, kann man nur beantworten: am Vormittage des 6. März, im Krankenhaus und durch die Ausschabung des Uterus. Das Einführen eines Blutegels in die Scheide kann man nicht als sicheres Abtreibungsmittel bezeichnen; daß der Zahnarzt B. diese Meinung gehabt hätte, erscheint mir sehr unwahrscheinlich. Selbst wenn man annehmen wollte, der Blutegel habe die ihm gestellte Aufgabe richtig erfaßt und sich genau am Muttermund festgesogen, so ist es doch sehr fraglich, ob dieser Reiz genügt hätte, um den Uterus zu so starken Kontraktionen anzuregen, daß schon nach kaum 2 Stunden eine heftige Blutung aus seinem Inneren erfolgte und damit die Ausstoßung des Eies eingeleitet wurde. Demgemäß erklärte ich auch vor Gericht, daß das Verfahren des B. nur die Absicht gehabt haben konnte, an irgendeine Stelle der inneren Geschlechtsteile eine Blutung hervorzurufen, um dadurch den Arzt zu täuschen und ihm zu einem Eingriff zu veranlassen, der die Schwangerschaft beseitigte.

War in vorliegendem Falle aber ein sofortiger Eingriff wirklich angezeigt? Sehr stark und gefahrdrohend konnte die Blutung bei dem Mädchen nicht gewesen sein, sonst hätte es den Arzt in der Sprechstunde nicht aufsuchen können. Aber selbst wenn die Blutung in dem Augenblick, wo der Arzt das Mädchen sah, heftig war, mußte dann sofort zur Kurette gegriffen werden? War nicht auch dann „abwarten“ die erste

Regel? Verlaufen doch eine Unzahl von Aborten zwar mit starker Blutung, aber ohne ärztliches Eingreifen und ohne Schaden für die Schwangere.

Selbstverständlich konnte der Arzt nicht im geringsten ahnen, daß er getäuscht werden sollte, und auch nicht daran denken, festzustellen, ob die Blutung etwa nicht aus der Gebärmutter stamme, zumal das Mädchen ihn vorher öfters wegen Unterleibsbeschwerden konsultiert hatte. Er war im guten Glauben, ein Abort sei im Gange; hieran zu zweifeln, hatte auch der Krankenhausarzt keinen Anlaß. Jedoch habe ich die Ueberzeugung, daß in diesem Falle eine Auskratzung nicht sofort nötig war und daß der Arzt nicht das Werkzeug zu einem kriminellen Abort geworden wäre, wenn er die Indikation strenger gefaßt hätte. Es scheint — unter den praktischen Aerzten vielleicht noch mehr als unter Frauenärzten — sich der Grundsatz eingebürgert zu haben: hier Gebärmutterblutung, also Auskratzung. Leider ist dieser Grundsatz auch im Publikum allzusehr bekannt geworden; mancher Arzt wird davon zu erzählen wissen, daß, wenn er zunächst mit der Auskratzung zögerte, die Patientin sehr bald einen anderen fand, der sie ohne Bedenken vornahm. Näher auf diese Frage einzugehen, ist hier nicht der Ort und nicht meines Amtes. Ich hielt es aber für meine Pflicht, an diesem Falle zu zeigen, wie durch eine allzu schnell ausgeführte Auskratzung ein gewollter krimineller Abort zu Ende geführt und wie die Neigung mancher Aerzte, bei einer Blutung sofort eine Auskratzung vorzunehmen, zum Zweck einer Fruchtabtreibung mißbraucht werden kann.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über den vom 21.—26. August 1916 im Gürzenich zu Cöln abgehaltenen Kongreß über Kriegsbeschädigtenfürsorge.

A. Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge.

I. Kongreßtag.

1. Ueber die vaterländische und sittliche Bedeutung der Krüppelfürsorge. Berichterstatter Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Krohne**-Berlin erinnerte daran, daß bis vor kurzem noch fast nichts für diese unglücklichen Menschen geschehen sei; dann seien einige wenige Krüppelhäuser, die anfangs lediglich zur Unterbringung hilfloser Krüppel bestimmt waren, geschaffen worden; in den letzten 25 Jahren aber habe sich mit den Fortschritten der Orthopädie die Zahl der Anstalten verzehnfacht, die der Betten verzwanzigfacht, so daß im Jahre 1913 55 Anstalten mit 5000 Betten vorhanden waren; aber die Zahl der Krüppel müsse in Deutschland vor dem Kriege auf 100000 geschätzt werden, von denen die Hälfte anstaltsbedürftig sei; daher müsse noch viel geschehen, um das Ziel zu erreichen, soweit als möglich alle Krüppel so weit zu bringen, daß sie arbeitsfähig werden oder doch wenigstens keiner Pflege dritter Personen mehr bedürfen. Die sittliche Bedeutung der Krüppelfürsorge bestehe darin, daß der Krüppel aus seinem freudelosen Dasein genommen wird und den Segen der Arbeit kennen lernt.

2. Ueber die Tätigkeit des Arztes in der Krüppelfürsorge. Berichterstatter Prof. Dr. **Biesalski**-Berlin sprach davon, daß sich früher die Sorge für die Krüppel ausschließlich in Händen von Laien, insbesondere von Geistlichen befunden habe, die in erster Linie um die sittliche Förderung ihrer

Zöglinge bemüht waren; jetzt wirke in den modernen Anstalten der orthopädisch geschulte Arzt neben dem Seelsorger und dem Lehrer in gemeinsamer Arbeit. Die hauptsächlichsten Ursachen des Krüppeltums seien die englische Krankheit und die Knochentuberkulose, die nach modernen Grundsätzen bekämpft werden müßten. Bei der Beschaffung von Ersatzgliedern sei in jedem Falle Individualisierung nötig; im übrigen hänge der Erfolg der Krüppelbehandlung in hohem Grade von seiner eigenen seelischen Leistungsfähigkeit ab.

In der **Besprechung** dieser Vorträge wies Beigeordneter Schäfer-Trier an der Hand eines selbst erlebten Falles auf die Unvernunft der Eltern hin, die oft jede Fürsorge unmöglich macht.

3. Die soziale Bedeutung der Krüppelfürsorge und ihr Einfluß auf die Rasse. Berichterstatter Dr. **Peter Bade**-Hannover: Die ärztliche Entkrüppelung macht den Krüppel für einen Beruf körperlich leistungsfähiger. Die Schulbildung in den Krüppelheimen sorgt dafür, daß der Krüppel, der wegen seines Leidens sonst keine Ausbildung genießen kann, diese erhält. Durch die Ausbildung für den Beruf wird denjenigen Krüppeln, die auf keine andere Weise eine Berufsausbildung bekommen können, die Möglichkeit gegeben, sich selbständig zu machen; durch Aussonderung der siechen Krüppel wird die Gesellschaft von einem ihre Tätigkeit störenden Element befreit und dieses nach Möglichkeit in den Krüppelsiechenhäusern nutzbringend verwandt. Die Krüppelfürsorge übt auf die Rassenbildung keinen verschlechternden Einfluß aus. Durch die jahrelange Arbeit der Krüppelfürsorge im Frieden ist die Grundlage auch für die Kriegsfürsorge geschaffen.

4. Ueber den Einfluß körperlicher Mängel auf das Seelenleben. Berichterstatter Prof. Dr. **Aschaffenburg**-Cöln: Er erblickt die seelische Absonderlichkeit des Krüppels in seiner dauernden Zurückstellung vor gesunden Kindern. Krüppel sind vielfach Gegenstand des Spottes; ihnen das seelische Gleichgewicht zurückzugeben, sei nur dadurch möglich, wenn in ihnen die Erkenntnis geweckt werden könne, daß sie brauchbare Menschen seien. In der Leistung vollwertiger Arbeit finde der Krüppel die innere Sicherheit wieder, die ihm seine Umgebung geraubt habe. Wer aber für sein Vaterland seine Gesundheit geopfert habe, brauche nicht des Mitleides, sondern der Hilfe, nicht des Gefühles, sondern der Taten. Nur wenn die Kriegsbeschädigten den Weg ins Leben gebahnt bekommen, können sie sich mit uns wieder des Lebens freuen.

5. Die erzieherische Bedeutung der Arbeit bei der Krüppelfürsorge. Berichterstatter Rektor **Schlüter**-Bigge: An der Hand von gutgewählten Beispielen schildert er, daß durch die Arbeit die körperliche Entwicklung und damit auch die Verstandesbildung gefördert wird, wobei sich die Begriffe von Form, Größe und Zahl spielend vermitteln. Auch der Wille wird durch die Arbeit gestärkt, was bei dem willensschwachen Krüppel von größter Bedeutung ist.

6. Die Krüppelfürsorge im Lichte der Kultur. Berichterstatter Erziehungsdirektor **Hans Würtz**-Berlin-Zehlendorf schilderte an der Hand von Lichtbildern den Werdegang der Krüppelfürsorge. Im Gegensatz zur Kriegsinvalidenfürsorge, die im Altertum hervorragend entwickelt war, kannte man eine Krüppelfürsorge früher kaum. Erst unter Friedrich dem Großen und Friedrich Wilhelm I., der durch Gründung eines Invalidenheimes den Grundstock zu der heutigen modernen Invalidenfürsorge bildete, wurden die Krüppel menschlicher behandelt. Unserer Zeit sei es vorbehalten, in vorbildlicher Weise für Friedens- und Kriegskrüppel zu sorgen.

Am Nachmittage fand eine **Besichtigung** des Cölner Krüppelheims, Stiftung Dr. Dormagen in Cöln-Merheim, statt. Hierbei sprach Dr. v. Kahlden-Cöln über die Angliederung landwirtschaftlicher Betriebe an Krüppelheime und ähnliche Anstalten. Er betonte dabei, daß die Vielseitigkeit der Landwirtschaft zu einer solchen Angliederung außerordentlich passend sei; der zum Handwerker ausgebildete Krüppel könne auf dem Lande unter wesentlich vereinfachten Lebensbedingungen seinen Beruf selbständig ausüben.

Hieran schloß sich eine Lehrprobe in der Krüppelschule an, bei der insbesondere die systematische Durcharbeit des Schreibenlernens durch Lehrer Thomé gezeigt wurde.

B. Tagung der Akademie für praktische Medizin.

II. Kongreßtag.

Zur Verhandlung kamen die durch den Krieg beeinflußten Krankheiten, die bisher noch nicht Gegenstand ausführlicher Besprechungen waren.

1. Ueber die Beziehungen zwischen Krieg und Zuckerkrankheit. Berichterstatter k. k. Hofrat Professor Dr. **von Noorden**-Frankfurt: Ueber diese Beziehungen war bislang nichts bekannt. Redner unterscheidet nach seinen Erfahrungen mehrere Gruppen von Zuckerkranken: 1. solche, die bereits bei Ausbruch des Krieges an leichter Zuckerkrankheit litten, die durch die Strapazen des Feldzuges in die schwere Form überging; 2. solche, die an leichtester Zuckerkrankheit litten, bei denen es zwar auch zu einer gesteigerten Zuckerausscheidung kam, die aber bei geeigneter Diät sofort wieder zurückging; 3. solche, die zuckerkrank waren, die aber durch andere mit der Krankheit in Beziehung stehende Leiden (Herzschwäche usw.) dienstunfähig wurden; 4. solche, die angeblich erst im Felde zuckerkrank wurden. Man wird das Vorliegen von Dienstbeschädigung annehmen müssen in den Fällen, die nachweisbar völlig gesund ausgerückt sind, und bei denen die schwere Form der Erkrankung festgestellt wird. Meist handelt es sich dabei um Menschen, bei denen eine angeborene Anlage zur Krankheit vorlag. Die Zuckerkrankheit schließt sich zeitlich häufig an eine überstandene Influenza, Mandelentzündung oder an eine mit Ausschlag verbundene Infektionskrankheit an. Von allgemeinerem Interesse sind die von der Stadt Frankfurt auf Prof. von Noordens Anregung hin getroffenen Erleichterungen der Lebensmittelversorgung für Diabetiker. Diese erhalten dort wöchentlich auf ärztliche Verordnung bis zu 10 Eiern, bis zu 500 g Butter, bis zu 250 g frisches Fleisch und täglich bis zu 300 g Rahm.

An der **Aussprache** beteiligten sich besonders Prof. Dr. Hochhaus-Cöln und Prof. Dr. Moritz-Cöln. Beide halten die Zuckerkrankheit für eine seltene Erscheinung im Feldzuge; sie sahen gute Erfolge bei der Kartoffelkur, bei der getrocknete Kartoffeln in Verbindung mit Fett und Eiern gegeben werden.

2. Ueber die Magen- und Darmkrankheiten der Kriegsteilnehmer. Berichterstatter Stabsarzt Geheimrat Prof. Dr. **Schmidt**-Halle: Von den Infektionen der Verdauungswege führt die Ruhr am häufigsten zu lange dauernden Schädigungen, 5 Prozent der Ruhrfälle treten in ein chronisches Stadium. Während des Bewegungskrieges, wo die Verpflegung Schwierigkeiten bot, wurden häufig Fälle von Störung der Magensaftabsonderung beobachtet. Auffällig gering ist die Zahl von Blinddarmentzündungen; ebenso selten sind Erkältungen und Lungenentzündungen im Felde. In vielen Fällen von Verdauungsstörungen hat Redner eine Erkrankung der Bauchdecken nachzuweisen vermocht. Zur Feststellung, daß die Beschwerden auf Störungen in der Bauchdecke zurückzuführen sind, kann die Untersuchung im Stehen beitragen, wobei die Bauchdecken besonders angespannt werden. Der Zivilbevölkerung hat bislang die veränderte Ernährung nichts geschadet. Von besonderer Wichtigkeit ist hier die Tatsache, daß bei der überwiegenden Mehrzahl der Menschen eine vollständige Anpaßung des Darmes an das Kriegsbrot eingetreten ist, über dessen schwere Verdaulichkeit anfangs viel geklagt wurde; viele Fälle von Darmträgheit sind sogar durch den Genuß des gröberen Brotes gehoben. Die Frage, ob die Einschränkung in der Lebensmittelversorgung zu einer Unterernährung der Bevölkerung geführt hat, kann verneint werden, wie dies bei jugendlichen Personen durch vergleichende Gewichtsbestimmungen bewiesen ist; auch die Ergebnisse der letzten Musterung haben dies gezeigt. Nur bei älteren Personen mit reichlichem Fettansatz ist öfter ein Rückgang des Körpergewichts beobachtet, der völlig unbedenklich und nicht als Folge von Unterernährung anzusehen ist.

3. Die Epilepsie. Berichterstatter Geheimrat Prof. Dr. **Sommer**-Gießen und Generalarzt Prof. Dr. **Tilmann**-Cöln: Ersterer beschrieb an der Hand von Beispielen vom Standpunkte des Nervenarztes die verschiedenen Arten der Epileptiker und Epileptoiden, deren Zustand durch gelegentliche Ohnmachten, Schwindelanfälle usw. gekennzeichnet ist. Bei der Entscheidung der Frage, ob eine Epilepsie im Felde erworben ist, leistet neben sorgfältiger Anamnese die Schädeluntersuchung und die Untersuchung auf überstandene Kinderlähmung

gute Dienste. Häufig trifft Epilepsie mit Hysterie zusammen, wobei schwer zu deutende Mischformen auftreten. Bei der Entscheidung, ob eine Epilepsie bei fehlender Kopfverletzung auf den Krieg ursächlich zurückzuführen ist, muß man auf epilepsieähnliche Erscheinungen schon vor dem Kriege fahnden, die dem Kranken selbst völlig entgangen sein können. Die häufigste Form der Kriegsepilepsie sei durch Schädelschüsse bedingt; sie könne oft erst lange Zeit nach erfolgter Heilung der Verletzung in die Erscheinung treten. Nach dem zweiten Berichterstatter ist diese Form der Epilepsie auf Reizung der Gehirnrinde zurückzuführen, die von den Knochen, von den Hirnhäuten oder vom Gehirn selbst ausgehen kann. Oft ist die Reizung Folge eines Blutergusses, oft auch die Folge abnormen Druckes eines Fremdkörpers; wodurch der einzelne Fall hervorgerufen wird, ist noch nicht bekannt. Redner tritt warm für operative Behandlung ein, die um so aussichtsreicher sei, je frischer die Epilepsie ist. Jeder Kranke, bei dem noch ein erhöhter Hirndruck bestehe, sei in Gefahr, epileptisch zu werden; deshalb soll man mit den plastischen Deckungen von Schädeldefekten nicht zu früh bei der Hand sein. Die Epilepsie trete gewöhnlich innerhalb eines Zeitraumes von 16 Monaten nach der Verletzung auf, oft aber auch erst später. Dr. Poppelreuter habe bei 14 bis 17 Prozent Schädelverletzter schwerere epileptische Erscheinungen, leichtere und leichteste bei der Mehrzahl von Schädelschüssen beobachtet. Es sei daher unbedingt nötig, die Kranken lange Zeit unter ärztlicher Beobachtung zu belassen.

4. **Bazillenträger und Dauerausscheider.** Berichterstatter Prof. Dr. **Küster**-Cöln: Nachdem zunächst der bekannte Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen erörtert wurde, bezeichnete der Berichterstatter als für unsere Gegend in Betracht kommende Bakterienarten die Typhusbazillen, die Paratyphuskeime, die Diphtheriebazillen und die Erreger der epidemischen Genickstarre, die im Munde, im Nasenrachenraum oder in den tieferen Verdauungswegen (Gallenblase) haften können. Beim Typhus betrage die Zahl der Dauerausscheider 2—5 Proz., in der gesunden Umgebung von Diphtheriekranken finde man bis zu 80 Proz. Bazillenträger; die Gefahr, die sie für ihre Mitmenschen ausmachten, rechtfertige ein energisches Vorgehen. Prof. Küster hat vier Behandlungsarten mit größerem oder geringerem Erfolg eingeschlagen: eine serologische, die sich auf die Möglichkeit gründet, Antikörper bis an den Sitz der Erkrankung heranzubringen, eine biologische durch Yoghurt, eine chemotherapeutische durch verschiedene Medikamente und endlich die chirurgische (Dränage oder Entfernung der Gallenblase). Es müsse noch weiteren Untersuchungen vorbehalten sein, ob es nicht noch möglich sei, auf einem einfacheren oder sichereren Wege zum Ziele zu gelangen.

C. Sitzung des Reichsausschusses der Kriegsbeschädigtenfürsorge vom 24. bis 26. August.

III. Kongreßtag.

1. **Organisation und bisherige Arbeit der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge.** Berichterstatter Landesdirektor v. **Winterfeldt**-Berlin: Die zunächst nach Kriegsausbruch überall in Deutschland tatkräftig einsetzende Hilfstätigkeit für Kriegsbeschädigte war anfangs nicht einheitlich geregelt. Zuerst brachte die Provinz Westfalen Ordnung in die Fürsorge, ihr folgte Brandenburg; dann nahmen die Ministerien des Innern in den Einzelstaaten die Grundregelung in die Hand. Infolgedessen wurde das gesamte Vaterland mit einem Netz von Fürsorgestellen überzogen, die in engem Zusammenhang mit der Heeresverwaltung und den Gesundheitsämtern ihre Tätigkeit ausüben. Während die militärische Fürsorge sich auf die körperliche Wiederherstellung und gegebenenfalls auf die Lieferung von Ersatzgliedern erstreckt, liegt der bürgerlichen Fürsorge die Berufsberatung der Kriegsbeschädigten ob, ihre Unterbringung in geeignete Arbeitsstellen und die Regelung aller damit zusammenhängender Fragen. Der Zusammenschluß sämtlicher Fürsorgeorganisationen erfolgte am 16. September 1915 in Berlin durch Gründung des Reichsausschusses der Kriegsbeschädigtenfürsorge, in dem alle Bundesstaaten vertreten sind. Ihm sind 10 Sonderausschüsse nachgeordnet, in denen Vertreter aller in Frage kommender Organisationen mitwirken. Die jetzige Organisation ist imstande, alle sie betreffenden Fragen sachgemäß zu erledigen.

2. Die bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge und die Gesetzgebung. Berichterstatter Ob.-Reg.-Rat Dr. **Schweyer-München**: Aufgabe der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge sei es, die Erkenntnis der gesetzlichen Fürsorge zu pflegen. Nach einer Besprechung der geltenden gesetzlichen Vorschriften betont der Redner insbesondere, daß die Verstümmelungszulage unter leichteren Voraussetzungen als bisher gewährt werden müsse, insbesondere auch bei groben Verunstaltungen des Gesichtes, bei schweren Schädelverletzungen, überhaupt in allen Fällen schwerer Gesundheitsstörungen. Das Rechtsmittelverfahren bedürfe einer grundsätzlichen Aenderung; zur Zeit entscheiden die Gerichte nur über die Höhe der Rente, nicht über ihre Voraussetzung. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Beschädigung und Kriegsdienst dürfe nicht vor dem Militärverwaltungsgericht, sondern müsse von Spruchbehörden entschieden werden, die an die Oberversicherungsämter angegliedert wären; dann könnten die Gerichte ganz ausscheiden. Die Ansprüche der durch Fliegerangriffe zu Schaden gekommenen bürgerlichen Bevölkerung harren noch der gesetzlichen Regelung, für die allerdings alle Grundlagen fehlen.

In der **Besprechung** über beide Vorträge wünscht Reichstagsabgeordneter W e l s - Berlin besonders in den Fürsorgestellen eine stärkere Heranziehung der Arbeitervertreter, die namentlich in Berufsberatungen unentbehrlich sind. Generalarzt S c h u l z e n - Berlin sprach die Anerkennung der Heeressanitätsverwaltung für die allenthalben bestehende förderliche Zusammenarbeit der Kriegsbeschädigtenfürsorge mit der Militärbehörde aus. Beide strebten dem gleichen Ziele zu, den Kriegsbeschädigten wieder für die werktätige Arbeit zu gewinnen. Reichstagsabgeordneter M e y e r - Herford bezeichnete es als wünschenswert, den Wirkungskreis des Reichsausschusses auch auf die Hinterbliebenenfürsorge auszudehnen.

3. Landwirtschaft und Kriegsbeschädigtenfürsorge. Berichterstatter Direktor a. D. Prof. Dr. **Strobel-Stuttgart**: Die beträchtliche Abwanderung vom Lande in die Stadt macht es der Landwirtschaft zur doppelten Pflicht, für die Kriegsbeschädigten nach Kräften zu sorgen, um ihnen die Möglichkeit zu bieten, auch künftig in der Landwirtschaft tätig sein zu können. Die Verwendungsmöglichkeiten gestalten sich verschieden bei Gutsbesitzern, Pächtern, Bauern, Beamten, Knechten und Tagelöhnern, je nach Art ihrer Schädigung, Vorbildung und Familienverhältnisse. Leuten in dienender Stellung soll Erleichterung bei der Arbeit verschafft, oder ein kleines Anwesen gegeben werden. Auch der Gemeindedienst, die Tätigkeit im Vereins- oder Genossenschaftswesen oder in Handelsunternehmen kommen in Frage.

4. Ländliche Siedelung. Berichterstatter Reg.-Präsident **v. Schwerin-Frankfurt** a. O.: Vom Reichsausschuß sind die Bestrebungen, den heimkehrenden Kriegern ein besseres Heim zu schaffen, lebhaft unterstützt worden. Die Möglichkeit der Schaffung eines eigenen Heimes und einer eigenen Existenz bietet dem Kriegsbeschädigten das Kapitalabfindungsgesetz, das im einzelnen besprochen wird. Dieses Gesetz fördert die ländliche Siedelung, kann für die gesamte Lage der Landwirtschaft von großer Bedeutung werden und der Abwanderung vom Lande, dem Geburtenrückgang und dem Sinken der Militärtauglichkeit entgegenwirken. Auch im Interesse der vermehrten Erzeugung von Nahrungsmitteln ist ein weiteres Anwachsen der ländlichen Ansiedelung von Kriegsbeschädigten zu begrüßen, die dann mit dazu beitragen, unser Vaterland noch in weiterem Umfange als bisher von der Einfuhr von Lebensmitteln aus dem Auslande unabhängig zu machen.

5. Städtische Siedelung. Berichterstatter Wirklicher Geh. Rat Dr. **Dernburg-Berlin**: Die städtische Siedelung muß sich den vorgefundenen Wohnformen und vorhandenen Gelegenheiten anpassen; die Forderungen einer die Volkskraft fördernden Wohnungsreform müssen aber mit Rücksicht auf die Ansiedelung der Kriegsbeschädigten wiederholt werden; weiträumige Bebauungspläne, strengere Bauordnung im Sinne von Licht und Luft, Kinderspielplätze und vor allem eine Wohnungsinspektion durch die Selbstverwaltungsorgane sind dringend erforderlich; die gemeinnützigen Wohnungsbauvereine müssen gefördert werden. Zur städtischen Siedelung gehören auch die vorstädtischen, sofern der Erwerbsschwerpunkt ihrer Bewohner in der Stadt liegt. Auch nach dieser Richtung hin hat der Reichsausschuß Leitsätze aufgestellt

über wünschenswerte gesetzliche Maßnahmen, wie Reichswohnungsgesetz, Beschaffung von Bauland, verminderte Anforderung an die Ausbildung von Straßen. Die Zusammensetzung von Kriegsbeschädigten in besonderen Kolonien ist unzweckmäßig. Dem Kriegsbeschädigten müsse alles, was Kleinhaus und Vorstadtlage und technische Fortschritte bieten, zugute kommen.

In der **Besprechung** trat Geheimrat Ermann-Münster für die Kriegerheimstättenbewegung ein; Präsident von der Borgh-Berlin wies darauf hin, daß auf dem Gebiete der Kriegsbeschädigtenfürsorge in Ansiedelungsfragen nur tatsächlich erreichbare Ziele verfolgt werden sollten. Präsident Petersen-Frankfurt a. O. besprach in kurzen Zügen die Vorzüge der preußischen Rentengesetzgebung und die bisher damit erzielten Erfolge. Oberstabsarzt Dr. Helm-Berlin begrüßte namens des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose das Zusammenarbeiten mit der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge.

IV. Kongreßtag.

2. Tag der Tagung des Reichsausschusses für Kriegsbeschädigtenfürsorge.

1. Die ärztliche Fürsorge für die Kriegsverstümmelten. Berichterstatter Med.-Rat Oberstabsarzt Dr. **Rebentisch**-Offenbach a. Main: Für diese Fürsorge kommen hauptsächlich in Frage die Amputierten, die Erblindeten, die Ertaubten, sowie diejenigen mit Sprachstörungen und hochgradig gelähmten und versteiften Gliedern, von ärztlichen Sonderfächern in erster Linie die Chirurgie und Orthopädie, die Augen- und Ohrenheilkunde und die Neurologie. Schweres Siechtum ist nur bei schweren Kopf- und Wirbelsäulenverletzungen zu erwarten; leichteren Fällen kann durch operative Maßnahmen abgeholfen werden. Die Röntgenstrahlen haben Außerordentliches geleistet. Bei schweren Augenstörungen ist Ausnutzung etwa vorhandener Reste der Sehfähigkeit, bei Erblindung sorgsame Ausbildung der übrigen Sinne für eine spätere Tätigkeit erforderlich; die Zahl dieser schweren Fälle ist gering. Noch seltener ist völlige Ertaubung; meist verblieben Gehörreste, die benutzt werden können. Bei Amputierten ist die gute Herrichtung eines brauchbaren Stumpfes äußerst wichtig. Bei der Auswahl des Ersatzgliedes müssen Arzt und Techniker Hand in Hand arbeiten. Der Verletzte muß sich schon im Lazarett davon überzeugen, daß er mit und ohne Ersatzglied manche Arbeit verrichten kann; er muß schon vor der Entlassung Lebens- und Arbeitsmut wieder gewonnen haben. Schließlich ist eine wichtige ärztliche Arbeit, die Verbindung zwischen militärischer und bürgerlicher Fürsorge herzustellen. Wie bei der Durchführung unserer sozialen Gesetze, so ist auch für die Kriegsbeschädigtenfürsorge eine tatkräftige Mitarbeit des Arztes unbedingt erforderlich.

2. Die ärztliche Fürsorge für die Kriegskranken. Berichterstatter Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. **Dietrich**-Berlin: Unter Kriegskranken sind alle diejenigen zu verstehen, die nicht zu den äußerlich Kranken, Erblindeten und Ertaubten gehören. Die bürgerliche Fürsorge erstreckt sich nur auf diejenigen Kriegsbeschädigten, die mit Anspruch auf Militärversorgung aus dem Heeresdienst entlassen sind; sie hat sich unmittelbar an die militärische Fürsorge anzuschließen. Die ärztliche Fürsorge gliedert sich in die Heilbehandlung und in die Mitwirkung bei der sozialen Fürsorge. Die größte Gruppe von innerlich kranken Kriegsbeschädigten bilden diejenigen, die durch die Kriegsanstrengungen oder durch das Ueberstehen einer schweren Krankheit erschöpft sind. Von ihnen sind abzusondern diejenigen, die eine tatsächliche Erkrankung des Herzens zeigen; die übrigen müssen individuell mit Ruhe, Diät, klinischen Kuren usw. behandelt werden. Sehr häufig sind Störungen der Verdauungsorgane, die vielfach zu Rückfällen neigen; auch die Erkrankungen der Atmungswerkzeuge, sowie die Erkrankung der Kreislaufsorgane sind nicht selten (Herzerweiterung infolge langer Märsche usw.). Der bürgerlichen Fürsorge liegt es ob, hier die nötigen Nachkuren in Bädern zu vermitteln. Auch die Erkrankungen der Harnorgane haben, je länger der Krieg dauert, zugenommen; noch mehr aber die Erkrankungen des Nervensystems, insbesondere Erschütterungen des ganzen Nervensystems und Störungen der Sinnesorgane und der Psyche. Auch rheumatische Erkrankungen sind sehr häufig. Bei der ärztlichen Fürsorge kommen in Betracht: die Fortsetzung der militärischen Heilbehandlung, die dauernde gesundheitliche Ueberwachung der Invaliden, Wiederaufnahme des Heilverfahrens, Unterbringung in einInvaliden-

heim, Mitwirkung bei der Beschaffung der bürgerlichen Invalidenrente. Die Organe der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge werden gut daran tun, sich bei Zeiten mit den zuständigen Aerztevereinen in Verbindung zu setzen, damit es nicht an geeigneten Aerzten fehlt, wenn die große Menge der Kriegsbeschädigten der bürgerlichen Fürsorge übergeben wird.

3. Die Hinterbliebenenfürsorge. Berichterstatter Bürgermeister **von Hollander**-Mannheim: Nach einem Ueberblick über die derzeitig gesetzlichen Bestimmungen, die im Militärhinterbliebenengesetz vom 17. Mai 1907 und in dem neuen Kapitalabfindungsgesetz vom 3. Juli 1916 enthalten sind, betonte der Redner den Satz, daß die Verpflichtung des Reiches, für die Hinterbliebenen zu sorgen, nicht als Verpflichtung zum Schadenersatz aufgefaßt werden dürfe. Sie ist vielmehr Ehrenpflicht des Volkes gegenüber den gefallenen Helden. Die bisherigen Bestimmungen seien ungenügend, weil die Renten nur den Unterhalt einer gewöhnlichen Tagelöhnerfamilie gewähren; sie müßten jedoch nach der bisherigen sozialen Lage des Gefallenen entsprechend dem früheren Einkommen abgestuft werden, um den Kindern eine Erziehung zu gewähren, die den Verhältnissen des Vaters entsprechen würde. Keine Gesetzgebung wird aber allen Einzelfällen gerecht werden können; denn das Gesetz kann nur den Regelfall im Auge haben. Die ausreichende Versorgung und Beratung der Witwen und Waisen muß daher von privater Seite betrieben werden. Diesen Ausgleich will die Nationalstiftung für die Hinterbliebenen der im Kriege Gefallenen gewähren. Die Mittel dieser Stiftung werden den einzelnen Landesausschüssen nach Maßgabe der Beiträge zur Verfügung gestellt; die Hauptfürsorge wird aber in allen Fällen durch die lokalen Fürsorgestellen erledigt werden müssen. Diese werden dafür sorgen müssen, daß die Waisen in erster Linie der Erziehung der Mutter oder anderer Familienpflege anvertraut werden, während die Unterbringung in Anstalten die Ausnahme bilden muß. Besondere Kriegswaisenhäuser sind grundsätzlich zu verwerfen; die bisherigen Waisenhäuser genügen.

In der **Besprechung** führt Landesrat Dr. Horion-Düsseldorf aus, daß die Kriegskranken nicht nur in der öffentlichen Meinung, sondern auch nach den Vorschriften des Mannschaftsversorgungsgesetzes schlechter gestellt seien als die Verwundeten, weil die Verstümmlungszulage auf sie nicht anwendbar ist.

Oberstabsarzt Dr. Helm-Berlin bittet, soweit es sich um Fürsorge für kriegsbeschädigte Lungenkranke handelt, die Erfahrungen und die Einrichtungen des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose auszunutzen.

Dr. v. Gerhardt-Frankfurt a. Main besprach das Seelenleben der Kriegsblinden und vor allem die seelische Depression, die bei ihnen stets eintritt.

Beigeordneter Dr. Borgmann-Wiesbaden bittet, die Fürsorge auch auf die ohne Rentenversorgung entlassenen kranken Soldaten auszudehnen.

Regierungsrat Dr. Leidig-Berlin hält die sofortige reichsrechtliche Regelung der Hinterbliebenenfürsorge für notwendig, während Geh. Regierungsrat Schmedding-Münster dafür eintritt, daß namentlich auf dem Lande Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenenfürsorge zusammengefaßt werden müßten, da sich sonst nicht die genügende Zahl geeigneter Persönlichkeiten finden ließe.

4. Die Stellungnahme der Industrie zur Kriegsbeschädigtenfürsorge vom Standpunkte der Arbeitgeber. Berichterstatter Hüttendirektor **Probst**-Düsseldorf: Redner geht von den Richtlinien aus, die er auf der Ausstellung für Kriegsfürsorge für die Gruppe Industrie aufgestellt hat. Früher lag die Herstellung der Prothesen ausschließlich in den Händen der Orthopädiemechaniker, jetzt stellt auch die Industrie gewissermaßen fabrikmäßig künstliche Glieder her. Die Fabrikation vergrößerte sich allmählich, neu aufgenommen wurde die Fabrikation von Zubehörteilen, Arbeitshilfen und Hilfsapparaten. Bahnbrechend wirkte der Verein deutscher Ingenieure. Nachdem bereits in Magdeburg ein Preisausschreiben für Ersatzglieder stattgefunden hatte, erließ er ein abermaliges Preisausschreiben, in dem bestimmte technische Forderungen gestellt wurden. Der Erfolg entsprach in technischer Beziehung nicht den gehegten Erwartungen. Im Februar 1916 wurde dann

vom Verein deutscher Ingenieure eine allgemeine Prüfstelle für Ersatzglieder geschaffen. Redner schildert eingehend die Arbeit dieser Prüfstelle und die aus diesen Arbeiten sich praktisch ergebenden Folgerungen. Der Grund, weshalb die Amputierten ihre Ersatzglieder bisher noch zu wenig in der Berufstätigkeit gebrauchen, liegt darin, daß die Ersatzglieder zum Teil hierfür noch nicht dauerhaft genug sind und bei der Auswahl der Ersatzglieder oft noch nicht individuell genug vorgegangen wird.

5. Die Stellungnahme der Industrie zur Kriegsbeschädigtenfürsorge vom Standpunkte des Arbeitnehmers. Berichterstatter Generalkommissionsvorsitzender Reichstagsabgeordneter **Legien**-Berlin: Nicht nur aus Dankespflicht, sondern auch aus volkswirtschaftlichen und ethischen Gründen ist die Kriegsbeschädigtenfürsorge geboten. Volkswirtschaftlich wegen der Verwertung der Arbeitskraft und Erhöhung der Kaufkraft, ethisch, weil sonst der allein auf die Rente angewiesene Kriegsbeschädigte der Anteilnahme am geistigen Leben des Volkes entzogen wird. Zur Betätigung in letzterer Hinsicht müssen die Kriegsbeschädigten ihren Berufsorganisationen zugeführt und ihnen aus dieser Zugehörigkeit Schwierigkeiten nicht gemacht werden. Keinesfalls aber darf eine Anrechnung der Rente auf den Arbeitsverdienst in Frage kommen; vielmehr muß die Arbeitsleistung vollwertig bezahlt werden, damit die Kriegsbeschädigten nicht als Lohndrücker, sondern als gleichwertige Arbeitsgenossen im Erwerbsleben gelten. Die Berufsberatung ist außerordentlich wertvoll, um die Beschädigten auf den richtigen Platz zu stellen. Ihre Mitglieder müssen frei von den Berufsorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer gewählt werden. Die beste Fürsorgeorganisation bilden die Arbeitsgemeinschaften, die auf Verträgen beruhen, die von Unternehmern und Arbeitervereinigungen eingegangen sind.

In der **Besprechung** gab Reichstagsabgeordneter Giesbert eine von sämtlichen Gewerkschaften gefaßte Entschließung bekannt, worin eine reichsgesetzliche Regelung der Kriegsbeschädigtenorganisationen und die Ausdehnung der Fürsorge auf die ohne Militärversorgung Entlassenen gefordert wird.

Fräulein Daniel-Cöln befürwortet eine besondere Ausbildung für die Berufsberatung an Handelsschulen und landwirtschaftlichen Schulen in der Form von mehrwöchentlichen Kursen.

Am Nachmittag fand für den engeren Kreis der Interessenten noch eine Sitzung statt, in der die Erfahrungen, die in der **Praxis mit den Prothesen** gemacht sind, besprochen wurden. Es erstatteten Berichte:

1. Landesrat Dr. **Horion**-Düsseldorf: Ueber 388 Amputierte sind in der Rheinprovinz Erhebungen gemacht. Von diesen sind 339 in einem Berufe untergebracht, in 44 Fällen schwebt das Verfahren noch, 5 waren ohne Beschäftigung, weil sie die ihnen von der Berufsfürsorge gebotene Hilfe abgelehnt haben. Kein Fall brauchte als hoffnungslos angesehen werden; ein großer Teil der Amputierten mußte allerdings den bisherigen Beruf aufgeben und vielfach einen sogenannten Invalidenposten, der mit einer Hand zu versehen ist, annehmen. Am günstigsten ist hier das Verhältnis bei den Landwirten, von denen die Hälfte in dem bisherigen Berufe geblieben ist, am ungünstigsten bei den Handwerkern. Weiter ist bemerkenswert, daß ein großer Teil der gelieferten Prothesen zur praktischen Arbeit nicht benutzt werden kann, wobei allerdings zu bedenken ist, daß die von der Statistik erfaßten Fälle vielfach aus der ersten Zeit der Fürsorge stammen, und daß die modernen Fortschritte in der Prothesenherstellung dabei noch nicht berücksichtigt sind. Zu verlangen sei, daß jeder für den nach seinem früheren Berufe körperliche Arbeit überhaupt in Frage komme, nicht eher aus dem Lazarett entlassen werden dürfe, bis er wieder körperlich arbeiten gelernt habe.

2. **Die Prüfstelle für Ersatzglieder.** Berichterstatter Dr. ing. **Hartmann**-Charlottenburg: Die Prüfstelle hat es sich zur Aufgabe gemacht, die typischen Ersatzarme und -Beine auf ihre Verwendbarkeit und Dauerhaftigkeit zu prüfen. Ferner hat sie die Normalisierung der Befestigung der Armansatzstücke bearbeitet. An die Oeffentlichkeit wendet sie sich mit Merkblättern, von denen bisher drei erschienen sind.

An der **Aussprache** beteiligten sich Oberstabsarzt Dr. Wullstein-Bochum, der über seine Erfahrungen in Bochum berichtete, San.-Rat Dr. Buch-

binder-Leipzig, der die Frage besprach, in welchen Fällen den Kriegsbeschädigten die Operation nach Sauerbruch zu raten sei. San.-Rat Dr. Schwarz-Dresden betonte den Wert der Stumpfbehandlung und Dr. Ach-Augsburg wies darauf hin, daß eine große Zahl von Stellen vorhanden sei, bei denen Amputierte einen Kunstarm nicht unbedingt nötig haben.

V. Kongreßtag.

3. Verhandlungstag des Reichsausschusses der Kriegsbeschädigtenfürsorge.

1. Unterbringung der Kriegsbeschädigten im öffentlichen Dienst. Berichterstatter Bürgermeister Dr. Luppe-Frankfurt a. Main: Alle Kriegsbeschädigten neigen zu der Ansicht, daß Reich, Staat und Gemeinden in der Lage und verpflichtet seien, sie anzustellen. Vor allem geht das Drängen nach Unterbeamtenstellen und leichten Posten; Behörden und öffentliche Betriebe sind aber nur beschränkt aufnahmefähig. Die Schwierigkeiten bei der Aufnahme sind folgende: 1. Sie haben die selbstverständliche Pflicht, alle früher bei ihnen beschäftigten Kriegsbeschädigten in erster Linie wieder einzustellen, 2. sie müssen die leichteren Stellen, wie in Friedenszeiten, in erster Linie für ihre sonstigen invalide oder minder arbeitsfähig gewordenen Angestellten freihalten, 3. die Zahl der zivilversorgungsberechtigten Kapitulanten, die für viele Stellen in erster Linie zu berücksichtigen sind, wird eine sehr große sein, für die Inhaber von Anstellungsscheinen besteht daher wenig Aussicht auf dessen Verwendung; 4. viele Behörden und Betriebe werden nach Beendigung des Krieges genötigt sein, an Beamtenstellen zu sparen.

Soweit aber Stellen frei werden, müssen natürlich Kriegsbeschädigte in erster Linie berücksichtigt werden, zumal viele Beschädigungen keine erhebliche Behinderung für den öffentlichen Dienst darstellen. Soweit für den Beamtendienst besondere Kenntnisse erforderlich sind, wird den Kriegsbeschädigten durch allgemeine Ausbildungskurse und durch praktische Ausbildung bei Behörden zu helfen sein; in den Anforderungen bei Prüfungen wird allgemein eine Erleichterung eintreten müssen. Keine Behörde darf aber einen Kriegsbeschädigten einstellen, ohne durch die zuständige Fürsorgestelle feststellen zu lassen, ob der Kriegsbeschädigte nicht besser in seinem bisherigen Berufe verbleibt.

2. Unterbringung der Kriegsbeschädigten im Handel. Berichterstatter Handelskammervorsitzender Kommerzienrat Soennecken-Bonn: Solche kriegsbeschädigten Kaufleute, die fachlich vorgebildet sind und vor ihrer Einberufung zur Fahne in Stellung waren, müssen später zweifellos wieder in ihre Stellung einrücken; dagegen müsse verlangt werden, daß bisher nicht kaufmännisch vorgebildete Kriegsbeschädigte bei ihrer Umlernung für den Handelsstand eine gründliche Ausbildung erfahren, damit nicht lediglich das kaufmännische Proletariat vermehrt wird. Für kriegsbeschädigte Nichtfachleute bietet sich jedoch nach gründlicher Ausbildung sowohl im Bürohilfsdienst, wie auch zur Erledigung der gewöhnlichen wie der höheren kaufmännischen Arbeiten Gelegenheit. Eine systematische Uebersicht über die Art der Kriegsbeschädigungen und die Art der Verwundungsmöglichkeiten in den verschiedenen Handelszweigen wird vom Vortragenden zum praktischen Gebrauch an Kriegsberatungsstellen in Kriegsfürsorgezeitschriften veröffentlicht werden. Auch Taube und Stumme, selbst Blinde können im Handel Beschäftigung finden.

3. Kriegsbeschädigtenfürsorge vom Standpunkte der kaufmännischen Angestellten. Berichterstatter Kaufmann Döhring-Hamburg, Vorsitzender des Deutsch-Nationalen Handlungsgehilfenvereins: Nach einem Ueberblick über die Lage des kaufmännischen Arbeitsmarktes während des Krieges und seine voraussichtliche Gestaltung nach Friedensschluß forderte auch dieser Redner eine durchgreifende Durchbildung der dem Kaufmannstande sich zuwendenden Kriegsbeschädigten, die nicht in einem kurzen Kurse erlangt werden könne. Gewünscht sei deshalb die Einführung eines behördlichen Genehmigungszwanges für kaufmännische Pressen und Fortbildungsanstalten. Bedenklich sei auch die Ueberflutung des kaufmännischen Arbeitsmarktes mit weiblichen, nicht vollausgebildeten Kräften.

4. Kriegsbeschädigten Fürsorge im Handwerk. Berichterstatter Landtagsabgeordneter Bäckerobermeister **Biener-Chemnitz**: Die Fürsorge für kriegsbeschädigte Handwerker hat in erster Linie eine geeignete Unterbringung in dem von ihnen erlernten Handwerke ins Auge zu fassen. Dazu sind erforderlich: Bekämpfung der Arbeitsentwöhnung, Verhütung der Zulassung zu den ungelernten Berufen, die Mitwirkung der Presse. Innungen und Berufsverbände von Meistern und Gesellen müssen prüfen, wieviele Kriegsbeschädigte wieder die Arbeit im Handwerk aufnehmen können. Weitgehende Mitarbeit der Fürsorgestellen, der ärztlichen Berater, sowie der Gewerbefach- und Fortbildungsschulen ist erwünscht. Werkstättenschulen sind geeignete Arbeitsstellen, in denen Kriegsbeschädigte über die Anwendung von Prothesen unterrichtet und geübt werden können. Die Handwerks- und Gewerbekammern müssen Kriegsbeschädigten die Gesellen- und Meisterprüfung unter erleichterten gewerblichen Leistungen ermöglichen.

5. Ueber den Arbeitsnachweis für Kriegsbeschädigte. Berichterstatter Rechtskundiger Magistratsrat Dr. **Fischer-Nürnberg**: Für die Arbeitsnachweise muß erster Grundsatz sein, die Kriegsbeschädigten ihrem alten Berufe zurückzugeben. Dieses gelte auch gegenüber den Bestrebungen, Kriegsbeschädigte der Landwirtschaft zuzuführen. Redner ging im einzelnen die Aufgaben der Arbeitsnachweise durch bei ihrem Streben, Kriegsbeschädigten möglichst in dauernden Stellungen Arbeit zu verschaffen.

In der **Aussprache** wurde mehrfach davor gewarnt, die Kriegsbeschädigten überfüllten Berufen (Privatangestellte) zuzuführen; das müsse zu Enttäuschungen führen. Reichstagsabgeordneter G i e b e l forderte eine reichsgesetzliche Regelung eines Rechtsanspruches der am Kriege teilnehmenden Angestellten, in die vor ihrer Einstellung innegehabten Stellen wieder einzutreten, unter Berechnung der inzwischen etwa fällig gewordenen Gehaltsaufstaffelung, wie dies in Oesterreichschon Tatsache geworden sei.

6. Die Arbeit der Frauen in der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Berichterstatter Freifrau von **Bissing**: Die Frauen dürfen nicht nur gefühlsfreundlich teilnehmen oder bemitleiden, sondern müssen tatkräftig eingreifen. Die wichtigste Arbeit der Fürsorgerin wird die Belehrung der Angehörigen sein. Einblick in die Heilanstalt und Werkstätte ist für die Frauen notwendig, damit sie alles aus eigener Anschauung kennen lernen. Mit warmherzigem Empfinden schilderte die Rednerin die einzelnen Zweige der Frauenfürsorge gegenüber den Kriegsbeschädigten als Helferin, Gattin und Erzieherin der Kinder.

7. Die Fürsorge für die Familien der Kriegsbeschädigten. Berichterstatter Pastor **Kießling-Hamburg**: Die Fürsorge entspricht im allgemeinen der Hinterbliebenenfürsorge; sie ist um so notwendiger, als die Versorgungsansprüche des Kriegsteilnehmers auf die Größe der Familie keine Rücksicht nehmen. Ihr Ziel müsse sein, die Familien in den Stand zu setzen, aus eigener Kraft zu bestehen. Die Familienfürsorge muß mit der Kriegsbeschädigtenfürsorge enge Fühlung nehmen; ihre Organisation sei schon jetzt wünschenswert. Hierzu seien besondere Ausschüsse erforderlich; jedenfalls dürfe nach dem Kriege dieser Zweig der Fürsorge nicht der öffentlichen Armenpflege zugewiesen werden.

Wortmeldungen für die **Aussprache** lagen nicht vor.

D. Sondertagungen anläßlich der Ausstellung für Kriegsbeschädigtenfürsorge in Cöln.

Am 19. August 1916:

I. Tagung der deutschen Gewerkvereine.

Der Verbandsvorsitzende **Hartmann**-Berlin und der Leiter des rheinisch-westfälischen Gaues **Czieslick** erörterten die Aufgaben des Verbandes **auf dem Gebiete der Sozialversicherung** unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Es wurde eine Entschließung angenommen des Inhalts, daß der Bezirkstag den in der Kriegsbeschädigtenfürsorge wirkenden Körperschaften und dem Tätigkeitsausschuß der Rheinprovinz Anerkennung ausspricht und sich zur Mitarbeit bereit erklärt in der Erwartung, daß auch Arbeitnehmer überall vollberechtigt zugezogen werden.

Am 20. August:

II. Tagung des Kriegsausschusses der vereinigten kaufmännisch-technischen Verbände Cölns.

Die Kriegsbeschädigtenfürsorge und die Privatangestellten. Berichterstatter Dr. **Höfle**-Berlin: Die Zahl der kriegsbeschädigten Angestellten, die ihren Beruf nicht mehr ausüben können, wird voraussichtlich nicht übermäßig groß sein, weil bei ihnen die geistige Tätigkeit ausschlaggebend ist. Neben den auch für andere Kriegsbeschädigte geltenden Grundsätzen der Umbildung in gegebenen Fällen besteht die besondere Bedeutung der Kriegsbeschädigtenfürsorge für die Angestellten darin, daß eine große Zahl Kriegsbeschädigter anderer Berufe Unterkommen in den Stellungen der Privatangestellten suchen. Weiter kommt in Betracht der Ersastz der Kriegsbeschädigten durch Frauenarbeit; sodann besteht die Gefahr der Gehaltsdrückung durch Anrechnung der Rente. Für eine möglichst gute Ausbildung ist Sorge zu tragen. Vertreter der Angestelltenorganisationen müssen in den Ortsausschüssen zur Berufsberatung herangezogen werden. Die sogenannten Pressen und Schnellkurse verdienen besondere Beachtung. Die Frauenarbeit darf nicht zur Lohndrückerei führen. Für die Bemessung des Gehaltes darf nur die Leistungsfähigkeit auch bei Kriegsbeschädigten ausschlaggebend sein. Die Gefahr der Anrechnung der Rente ist beim Angestellten größer als in anderen Berufen.

Diese Ausführungen wurden in der **Aussprache** von sämtlichen Rednern noch unterstrichen.

Am 22. August:

III. Tagung der Kriegsblindenfürsorge in der Rheinprovinz,

veranstaltet von der Kriegsbeschädigtenfürsorge der Provinzialverwaltung unter Mitwirkung des Vereines der Fürsorge für die Blinden der Rheinprovinz.

1. Die Augenbeschädigungen im Kriege und ihre Folgen. Berichterstatter Prof. Dr. **Stargard**-Bonn: Die Zahl der Kriegsverletzungen am Sehvermögen ist verhältnismäßig hoch, wovon ein gut Teil der Schuld der von den Engländern beliebten Verwendung von Infanteriegeschossen mit Explosivstoffen zuzumessen ist. Redner schildert dann die Hauptfälle von Augenverletzungen und ihre Heilmittel, deren einfachstes der Magnet ist. Mit ihm gelingt es in Friedenszeiten nur in etwa 8 Prozent aller Fälle nicht, den eingedrungenen Splitter zu entfernen; infolge der größeren Durchschlagskraft der Geschosse und der ausgedehnteren Zersplitterungen ist dieser Prozentsatz im Kriege viermal höher. Außer den Augenschüssen kommen auch sonst noch Beeinträchtigungen und Schädigungen des Sehvermögens vor als Nebenwirkung von Krankheiten und Unfällen. Bei einer sehr großen Zahl ist es möglich, wenn die Sehnerven nicht gänzlich vernichtet sind, ausgezeichnete Heilerfolge zu erzielen, deren Steigerung noch stetig fortschreitet.

2. Neue optische Heilmittel für die Behandlung der Augenbeschädigten. Berichterstatter Dr. **Kuffler,** Leiter der Augenklinik der allgemeinen städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf: Redner behandelt unter Zuhilfenahme von Lichtbildern alle neuen optischen Hilfsmittel für die Behandlung der Augenbeschädigten, die es ermöglichen sollen, diese Beschädigten ihrem Berufe zu erhalten.

3. Das rheinische Blindenbildungs- und Versorgungswesen und die Kriegsblinden. Berichterstatter Schulrat **Baldus,** Direktor der Rheinischen Provinzialblindenanstalt in Düren: Auch bei dem Kriegsblinden spielt die Möglichkeit der seelischen Aufrichtung eine große Rolle; er muß mit allen Kräften dahin gebracht werden, seine körperlichen und geistigen Kräfte neuerdings zu betätigen und weiterzubilden. Wie das zu geschehen hat, wurde in Lichtbildern vorgeführt.

4. Der ausgebildete Blinde im Erwerbsleben. Berichterstatter Augenarzt Dr. **Stutzer**-Bonn: Der ausgebildete Blinde kommt jetzt auch in Frage als Industriearbeiter, Kaufmann, Handwerker und als Akademiker, der seinen Beruf praktisch ausüben soll. In Marburg wird im nächsten Winter ein akademisches Blindenheim eröffnet, das auch erblindeten Akademikern die Möglichkeit der Fortsetzung und Vollendung ihrer Studien bieten soll. Der Verein der blinden Akademiker schafft dort die wichtigste Vorbedingung für das

Hochschulstudium Blinder in einer Bibliothek für wissenschaftliche Fachliteratur in Blindenschrift.

An die Vorträge schloß sich eine rege **Aussprache** in der besonders hervorgehoben wurde, daß die Kriegsblinden bei ihrer Beschäftigung zwar die ihnen schuldige Rücksicht verlangen, aber ganze Arbeit leisten wollen und auch können.

IV. Tagung des Cölner Bezirksvereins deutscher Ingenieure.

Ueber die Schaffung und Benutzung von Ersatzgliedmaßen für Kriegsbeschädigte. Berichterstatter Oberingenieur **Neumann**-Cöln: Der Verein deutscher Ingenieure hatte durch Preisausschreiben zur Schaffung solcher Ersatzglieder Anregung gegeben, wofür ihm vom Kriegsministerium 20000 M. zur Verfügung gestellt waren. Bei dieser Prüfung wurde der Jagenberg- und der Rota-Ersatzarm mit je 2000 M., weitere Erfindungen mit Preisen von 400 bis 1500 M. ausgezeichnet. Die Verwendungsfähigkeit dieser Ersatzglieder wird im Lichtbildervortrage gezeigt bei allen möglichen Arbeiten in industriellen, gewerblichen, landwirtschaftlichen usw. Betrieben. Auch der Träger des von der Gemeinnützigen Gesellschaft des Vereines deutscher Ingenieure hergestellten beiderseitigen Carnes-Arms, der nur noch den rechten Armstumpf bis über das Ellenbogengelenk und den linken Oberarmstumpf besitzt, zeigte, wie er sich mit Hilfe des doppelten Ersatzarmes selbst an- und auskleiden, rasieren, kämmen usw. und alle möglichen Arbeiten verrichten kann.

Danach fand ein Lichtbildervortrag über Siedlungen unter besonderer Berücksichtigung der Bauten von Einfamilienhäusern statt.

Am 23. August:

V. Tagung der Provinzialabteilung des deutschen Vereins für ländliche Heimats- und Wohlfahrtspflege.

1. **Ueber die Fürsorge für Kriegsbeschädigte.** Berichterstatter Oekonomierat Dr. **Reinhardt:** Die Beschäftigung Gliederverletzter sei in der Landwirtschaft eine so verschiedene und vielseitige, daß ganz besondere Verhältnisse vorliegen müßten, wenn sie hier nicht untergebracht werden könnten. Anders sei es bei den innerlich Kranken; hier müßten noch besondere Einrichtungen getroffen werden und die Gesetzgebung zu Hilfe gerufen werden, um auch diese vor Sorgen zu schützen. Der Berufsflucht müsse ebenso wie der Landflucht entgegengetreten werden. Das Zusammenarbeiten in einem Berufe, besonders im Gartenbau und in der Landwirtschaft, hätte sich geradezu als Heilmittel bewährt.

2. **Ueber die Beschäftigung Leicht- und Schwerverletzter.** Berichterstatter Dr. **Radicke**-Görden: Redner schildert an der Hand von Vorstellung Verletzter und von Lichtbildern, wie auch Schwerverletzte mit dem besten Erfolge im landwirtschaftlichen Lazarett eingestellt werden, um dann bis zu 50 Prozent ihrer früheren Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen.

Die nächsten Vorträge haben kein ärztliches Interesse.

VI. Tagung des Kartells der christlichen Gerwerkschaften.

Unser Wirken für die Kriegsbeschädigten. Berichterstatter **Georg Streeter**-Berlin, Vertreter des Gesamtverbandes der christlichen Gewerkschaften im Hauptausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge: Bei der Beurteilung der Rentenbezüge muß jedes parteipolitische Getriebe ausgeschalten werden. Es sei erfreulich, daß sich bei der Kriegsbeschädigtenfürsorge Arbeitgeber und -nehmer zusammengefunden hätten. Redner schildert dann eingehend die Tätigkeit des Reichsausschusses, erläutert das Kapitalabfindungsgesetz und fordert eine gesetzliche Neuregelung der Rentenversorgung der Kriegsbeschädigten nach sozialen Gesichtspunkten. Die Fürsorge muß auch auf die ohne Versorgung entlassenen Kriegsbeschädigten und im Kriege Erkrankten ausgedehnt werden.

VII. Tagung des Reichsverbandes des privaten Vereine für Kriegsfürsorge.

1. **Ueber den gewerblichen Mittelstand und die Kriegsfürsorge.** Berichterstatter Freiherr v. **Steinäcker**-Berlin: Für den gewerblichen Mittelstand kommen bei der Wiederaufrichtung des Betriebes die Kriegshilfskassen in Frage zur Sicherstellung der Existenz. Sie sollten auch denen, die ohne gesundheitlich und körperlich geschädigt zu sein, wirtschaftlichen Schaden infolge des Krieges erlitten haben, Hilfe gewähren durch Gewährung von Darlehen

bis zu 3000 M. gegen sichere Bürgschaft und Zinsen. Da das nicht ausreicht, will der Reichsverband u. a. anstreben, daß statt dessen zwar noch kleinere Summen, aber ohne Rückgabezwang gegeben werden sollen.

2. Ueber die Bedeutung des Reichsverbandes für die Kriegsfürsorge der Arbeitgeber. Berichterstatter Herr **Kaestner**-Wiesbaden: Vortrag und Aussprache haben kein ärztliches Interesse.

Am 26. August:

VIII. Tagung des Westdeutschen Handwerks,
veranstaltet von den rheinischen Handwerkskammern.

1. Ueber das Handwerk und die Kriegsbeschädigtenfürsorge. Berichterstatter Dr. **Wilden**, Syndikus der Düsseldorfer Handwerkskammer: Die Zahl der kriegsbeschädigten Handwerker sei ungeheuer groß; sie strebten durchweg nach einem „Pöstchen" oder „Aemtchen", weil sie in ihrem Berufe nur unter schwierigen Verhältnissen weiter beschäftigt werden könnten. Trotzdem müsse man hierauf in erster Linie bedacht sein und zu diesem Zwecke dahin streben, daß der durch den Krieg beschädigte Handwerker möglichst zur Selbstständigkeit gebracht werde, um dadurch den Schwierigkeiten der abhängigen Handwerker entgegenzutreten. Deshalb müßten für sie Meisterkurse abgehalten und gewisse Erleichterungen bei der Abschlußprüfung gewährt werden. Auch die Verbindung von Handwerk und Landwirtschaft biete für die Beschädigten eine Entwicklungsmöglichkeit; deshalb müßten sie auf dem Lande angesiedelt werden.

2. Ueber die Kapitalabfindung für Kriegsrentenemfänger. Berichterstatter Sekretär der Cölner Handwerkskammer **Sommerhäuser**: Auch für die kriegsbeschädigten Handwerker ist diese Maßnahme geeignet, namentlich um zur Wiedererstarkung des Wirtschaftslebens beizutragen.

3. Ueber die Kriegshilfskasse in der Rheinprovinz. Berichterstatter Geschäftsführer des Rheinischen Handwerksbundes **Thomas**-Essen: Der Vortrag hat kein ärztliches Interesse.

IX. Tagung des Verbandes der deutschen gemeinnützigen und unparteiischen Rechtsauskunftsstellen.

1. Die Lehren der Kriegsverletztenfürsorge für die Fürsorge der Friedens- insbesondere der Unfallverletzten. Berichterstatter Magistratsrat **Lange**-Neukölln: Fußend auf den Erfahrungen, die bei der Kriegsbeschädigtenfürsorge gemacht sind, müssen die Unfallversicherungen weit mehr als bisher ihre Aufmerksamkeit der Arbeitsfürsorge zuwenden und auch für die Friedensverletzten die Berufsberatung, die Berufsausbildung und die Arbeitsvermittelung für Unfallverletzte als neue Arbeitsgebiete einführen. Zu dieser sozialen Arbeit müssen auch die Versicherten herangezogen werden. Gestreift wurde die Frage der Ansiedlung und Abfindung Unfallverletzter; auch die rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen dieses neuen Tätigkeitsfeldes der Berufsgenossenschaften wurden erörtert.

2. Ueber die Rechtsauskunftsstelle und die soziale Fürsorge für die Kriegshinterbliebenen. Berichterstatter Prof. Dr. **Franke**-Berlin: Die Kriegshinterbliebenen bedürfen der Hilfe der Rechtsauskunftstelle zur Geltendmachung ihrer Ansprüche, zur Erlangung von Beihilfen aus den privaten Sammlungen und Stiftungen, die zu diesem Zwecke zur Verfügung stehen, zur Regelung von Familien- und Erbschaftsangelegenheiten, zur Ordnung geschäftlicher Verhältnisse, zur Unterstützung bei der Schaffung neuer wirtschaftlicher Grundlagen für den Unterhalt der Familie. Ebenso wichtig ist die Fürsorge dafür, daß die Geldmittel ihre richtige Verwendung finden, die Witwen geeignete Berufstätigkeit finden und vor ungeeigneter Beschäftigung gewarnt werden, und daß ihnen auch in der Heranbildung ihrer Kinder der nötige Beistand zuteil wird.

3. Die Ausgestaltung der Zivilrechtspflege mit Rücksicht auf die Kriegsverhältnisse. Berichterstatter Assessor Dr. **Hüttner**-Essen a. Ruhr: Redner tritt dafür ein, daß die Rechtsauskunftsstellen, um den Prozessen vorzubeugen, das Publikum in Rechtskenntnissen, staatsbürgerlichem Unterricht, Pflege und Stärkung des Gemeinsinnes belehren. Jedem Prozesse müsse ein Schlichtungs- oder Güteverfahren vorausgehen bei gemeindeamtlichen Schlich-

tungsämtern mit Zwangsverfahren. Auch die Dauer der Prozesse könne durch ein strafferes richterliches Prozeßleitungsrecht abgekürzt werden. Die Zeitlage sei für solche Aenderungen des Prozeßrechtes sehr günstig.

4. Die außergerichtlichen Sühneverfahren in Privatklagesachen. Berichterstatter Stadtsekretär **Laube**-Bielefeld: Redner empfiehlt zur Abstellung der beim Schiedsgerichtsverfahren hervorgetretenen Mängel die Weiterverbreitung der in Bielefeld getroffenen Einrichtung, daß Waisenratsmitglieder uneigennützig Sühnevermittlungen übernehmen; das sei ein völlig kostenloser Weg, der die Gerichte entlasten und den Parteien dienen würde.

5. Ueber die Kriegsarbeit der Zentralstellen zur Bekämpfung der Schwindelfirmen. Berichterstatter Stadtrat Dr. **Link**-Lübeck: Die Verhältnisse der Kriegszeit haben die Tätigkeit von Schwindelfirmen begünstigt, die die Unerfahrenheit der Kriegerfrauen und -Witwen ausbeuten. Die Zentralstelle zur Bekämpfung der Schwindelfirmen ist diesem gemeingefährlichen Unwesen entgegengetreten unter dankenswerter Unterstützung der stellvertretenden Generalkommandos. Wenn aber mit Aufhören des Kriegszustandes die Verbote der letzteren hinfällig werden, wenn ein gesteigerter Warenbedarf und ein gesteigertes Kreditbedürfnis zutage treten, dann werden sich die Schwindelfirmen wieder rühren und die wirtschaftliche Erholung erheblich erschweren, falls ihnen nicht mit allem Nachdruck entgegengetreten wird. Das Interesse einer gesunden Volkswirtschaft läßt daher eine nachdrückliche Bekämpfung der Schwindelfirmen für die Zeit nach dem Kriege ganz besonders geboten erscheinen. Zu wünschen sei, daß die Zentralstelle in ihrer Arbeit durch örtliche Bezirksstellen unterstützt werde, die sich schon an manchen Orten bewährt haben.

An die Vorträge schloß sich eine **Aussprache**, in der im wesentlichen den Ausführungen des Redners beigestimmt wurde. Dr. **Ritter**-Minden.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Ungefährliche nicht mit starken Schmerzen verbundene Operationen ohne Narkose (z. B. Iridektomie) liegen im Rahmen des Heilverfahrens und sind bei unbegründeter Verweigerung ihrer Duldung durch Versagen der Unfallrente nach § 606 R.V.O. erzwingbar. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Mai 1916.

Durch die rechtskräftige Entscheidung des Oberversicherungsamts vom 10. März 1914 ist der Endbescheid vom 6. Januar 1914, durch den der Kläger zwecks Vornahme einer Augenoperation (Iridektomie) in die städtische Augenklinik in Essen eingewiesen ist, bestätigt worden. Bei dieser Entscheidung ist das Oberversicherungsamt von dem anerkannten Grundsatz, daß kein Verletzter zur Duldung eines Eingriffes in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers verpflichtet ist, ausgegangen, ist aber im Anschluß an die ärztliche Beurteilung zu der Ueberzeugung gelangt, daß die in Rede stehende Operation einen diesem Grundsatz widersprechenden Eingriff nicht darstelle, da sie weder gefährlich noch mit starken Schmerzen verbunden sei, und der Eingriff auch keine allgemeine Narkose erforderlich mache. Es fragt sich, ob die Rechtskraft dieser Entscheidung für das gegenwärtige Verfahren, das die Rentenentziehung gemäß § 606 der R.V.O. zum Gegenstande hat, als bindend anzusehen ist und eine erneute Prüfung der Frage, ob der Kläger zur Duldung der Operation verpflichtet ist, ausschließt. Bei Prüfung dieser Frage kann es dahingestellt bleiben, ob die Wirkung der Rechtskraft auch auf eine solche Entscheidung ausgedehnt werden kann, die in Abweichung von jenem Grundsatz eine andere grundsätzliche Ansicht ausspricht. In einem solchen Falle wäre zu erwägen, ob in der Berechtigung des Verletzten, jene eigentlichen Operationen abzulehnen, nicht ein unantastbares persönliches Recht erblickt werden muß, das selbst durch rechtskräftige Entscheidung nicht beseitigt werden kann. Indessen eine solche grundsätzliche Abweichung ist in der vorliegenden Entscheidung gar nicht ausgesprochen; vielmehr hat das Oberversicherungsamt in Anerkennung jenes Grundsatzes aus Gründen rein tat-

sächlicher Natur angenommen, daß der hier in Frage kommende Eingriff sich bei seiner Geringfügigkeit im Rahmen der im Wege des Heilverfahrens zuverlässigerweise zu erzwingenden Maßnahmen halte. Deshalb konnte dieser Entscheidung jedenfalls die Wirkung der Rechtskraft nicht versagt werden. Denn eine Nachprüfung dieser rein tatsächlichen Verhältnisse würde mit der Rechtskraft der bereits vorliegenden Entscheidung unvereinbar sein. Im gegenwärtigen Verfahren war sonach zu prüfen, ob die nach § 606 der R.V.O. zur Versagung der Entschädigung erforderlichen Voraussetzungen vorliegen. Diese Frage war zu bejahen. Der Kläger hat für die Nichtbefolgung der das Heilverfahren betreffenden Anordnung einen gesetzlichen oder sonst triftigen Grund nicht beigebracht, während aus den Gutachten des Dr. H. in Essen vom 13. Sept. und 5. November 1913 zu entnehmen ist, daß durch das Verfahren mit Wahrscheinlichkeit infolge Verbesserung des Sehvermögens, Vermeidung künftiger neuer Entzündungen und dauernder Beruhigung des Auges ein günstiger, die Erwerbsfähigkeit wesentlich erhöhender Erfolg herbeigeführt werden würde. Auch ist der Kläger auf die als Folge der Weigerung berechtigterweise eintretende Versagung des Schadenersatzes in dem Bescheide vom 13. November 1913 hingewiesen worden. Die Entziehung der Rente auf die Dauer eines Jahres erscheint daher gerechtfertigt. (Kompaß; 1916, Nr. 17.)

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Pocken.

Erfahrungen mit der experimentellen Pockendiagnose nach Paul. (Aus dem Kgl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch".) Von Dr. H. A. Gins. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 37.

Das von Paul-Wien 1915 mitgeteilte Verfahren zur Unterscheidung der echten Pocken von Windpocken beruht auf der Hückelschen Beobachtung, daß eigenartige Veränderungen der mit Variolavirus geimpften Kaninchenhornhaut nach dem Einlegen in Sublimatalkohol erkennbar werden, die der Feststellung am lebenden Tier häufig entgehen.

Der Tierversuch ist folgender: Das aus einer eröffneten Pockenpustel austretende Sekret wird auf einem Objektträger aufgefangen und angetrocknet (lufttrocken ohne Flamme), dann vor der Verimpfung mit 1—2 Tropfen 50%igen Glyzerins gut vermischt und mit einer möglichst feinen Nadel auf die kokainisierten Hornhäute gebracht. Zu diesem Zweck wird auf der Hornhaut ein Gitterwerk von Kratzern angelegt, so daß kleine Vierecke von etwa 1 mm Seitenlänge entstehen, und der Pustelinhalt mit einem kleinen Metallspatel auf das eröffnete Hornhautepithel eingerieben. Während die traumatischen Erscheinungen nach 24 Stunden an der Hornhaut verschwunden sind und die negative Hornhaut nach 48 Stunden wieder wie normal aussieht, lassen sich bei der Anwesenheit von Variolavirus mit Hilfe einer 6—8 fachen Lupenvergrößerung Veränderungen erkennen. Diese werden deutlicher und charakteristisch, wenn die Hornhaut des nach Schlachten des Kaninchens herausgenommenen Auges in Sublimatalkohol gelegt ist. Unmittelbar nach dem Einlegen beginnt die Hornhaut sich schwach milchig zu trüben, und bereits 2—5 Minuten nach dem Einlegen treten im Verlauf der Kratzer und zwischen ihnen runde, intensiv milchweiß gefärbte Partien auf, die den Ansiedelungen des Variolavirus entsprechen. Immer sind sie kreisrund, in der Mitte am intensivsten weiß, an den Rändern allmählich ins normale Gewebe übergehend; ihre Größe (1/2—2 mm Durchmesser) schwankt, ebenso ihre Zahl (vereinzelt bis zu einem Dutzend und mehr).

Bei Verimpfung anderer Materialien sind diese Erscheinungen niemals beobachtet. Pustelinhalt von Varizellen läßt die Hornhaut ganz unverändert. Uebung im Beobachten und Deuten, namentlich bei etwas verwischtem Ausfall des Tierversuches, ist notwendig.

Verfasser hat mehr als 150 Proben von Pustelinhalt verimpft, 100 davon mit besonders dünner und spitzer Stahlnadel und danach bei 51 Fällen von klinischer Pockendiagnose und 49 Fällen von Windpocken oder anderen Hautaffektionen folgende Ergebnisse erzielt: In den klinischen Pockenfällen war der Tierversuch 37 mal positiv, 2 mal zweifelhaft, 12 mal negativ, in den Windpockenfällen 48 mal negativ, drei zweifelhaft, drei positiv. Es hat also die

Diagnose der Kaninchenhornhaut mit der klinischen Diagnose übereingestimmt in 80 % der Fälle, unentschieden mußte sie bleiben in 5 % und war entgegengesetzt der klinischen Diagnose in 15 % der Fälle. Besonders bemerkenswert erscheint dabei, daß kein einziger sicherer Fall von Windpocken bei Kindern einen positiven Tierversuch ergab. Daraus schließt Verfasser, daß die Veränderung der Hornhaut für Pocken spezifisch ist. Anderseits betont er ausdrücklich, daß gelegentlich bei einwandfreien schweren Pockenfällen ein negativer Tierversuch vorkommt, der bisher nicht aufzuklären ist. Es läßt sich daher aus den bisherigen Ergebnissen entnehmen, daß 1. der positive Tierversuch nach der Paulschen Methode für Pocken beweisend ist, 2. der negative Tierversuch den klinisch begründeten Pockenverdacht nicht erschüttern soll. Die Diagnose läßt sich in den meisten Fällen bereits nach 48 Stunden sichern.

Mit der genannten Einschränkung ist die Methode des experimentellen Pockennachweises durch das Paulsche Verfahren in medizinalpolizeilicher Hinsicht von erheblicher Bedeutung; sie erscheint berufen, eine empfindliche Lücke in unseren diagnostischen Hilfsmitteln bei Pocken zu schließen. Das Ministerium des Innern bekundete daher auch sein Interesse durch die Anweisung an die Kreisärzte, von jedem Fall von Pocken, Pockenverdacht und Windpocken umgehend Pustelinhalt, auf Objektträger angetrocknet, an das Institut einzusenden. Dr. Roepke-Melsungen.

Ein Beitrag zur Beurteilung der Dauer des Pockenimpfschutzes. Von Dr. H. A. Gins, Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 38.

Der durch Impfung und Wiederimpfung bei der preußischen Bevölkerung erzielte Pockenschutz ist bis zum 40. Lebensjahr wirksam; er nimmt etwa vom 30. Lebensjahr an allmählich ab. Jenseits des 40. Lebensjahres muß bei etwa einem Drittel der Einwohner noch ein deutlicher, wenn auch verminderter Impfschutz angenommen werden. Eine Impfung der Erwachsenen um das 40. Jahr erscheint wünschenswert und geeignet, die Mehrzahl der Pockenfälle bei älteren Erwachsenen zu vermeiden.

Diese Ergebnisse, die im Oktoberheft der Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin ausführlich besprochen sind, sollen den Praktiker über die Frage der Dauer des Pockenschutzes unterrichten, zugleich aber anregen, daß anläßlich der regelmäßigen Wiederimpfungstermine und der außerordentlichen Impfungen bei Pockengefahr über die Art des Impferfolges weiteres Material gesammelt wird, damit die obigen Ergebnisse nachgeprüft und weiter geklärt werden können. Dr. Roepke-Melsungen.

---

2. Fleckfieber.

Zur Aetiologie des Fleckfiebers. Von Stabsarzt Dr. H. Töpfer und H. Schüßler †. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 38.

In den Kleiderläusen von Fleckfieberkranken im vorgeschrittenen Stadium oder von Rekonvaleszenten lassen sich regelmäßig ganz bestimmte bakterienartige Gebilde nachweisen, deren Form, Lagerung und massenhaftes Auftreten so charakteristisch ist, daß eine Verwechslung mit anderen Parasiten in der Laus ausgeschlossen ist.

Genau dieselben Körperchen findet man in Läusen, die Gesunden abgenommen und für mehrere Tage an Fleckfieberkranke angesetzt wurden. Zahlreiche Kontrolläuse blieben steril.

An dieselben Patienten, an denen sich Läuse während der Krankheit infiziert hatten, wurden andere Läuse nach der Entfieberung angesetzt. In diesen ließen sich die charakteristischen Fleckfieberparasiten nicht nachweisen.

Das Fleckfiebervirus kreist hauptsächlich auf der Höhe des Exanthemstadiums im Blut. Nach der Entfieberung scheint der Mensch nach den bisherigen Untersuchungen nicht mehr Virusträger zu sein.

Auf die Eier und Nachkommenschaft infizierter Läuse geht das Virus wahrscheinlich nicht über.

Beim Meerschweinchen lassen sich mit dem Darminhalt infizierter Läuse

unter Abkürzung der Inkubationszeit dieselben Fiebererscheinungen hervorrufen wie mit Patientenblut.

Eine Züchtung und Anreicherung des Virus gelang bisher nur im Darmkanal der Kleiderlaus. Dr. Roepke-Melsungen.

3. Epidemische Genickstarre.

Histologische und histologisch-bakteriologische Befunde beim petechialen Exanthem der epidemischen Genickstarre. Von Prof. Dr. L. Pick, Stabsarzt d. Res. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 33.

Das petechiale Exanthem bei epidemischer Genickstarre zeigt gegenüber dem mikroskopischen Bild der Fleckfieberroseola genügende Unterschiede. Im Vordergrunde seiner Histologie stehen entzündlich exsudative Vorgänge: neben der Extravasation roter Blutkörperchen reichliche Leukozytenauswanderung; indes ist das Gesamtbild kein einheitliches.

Die Petechien der inneren Organe können nach epidemischer Genickstarre gleichfalls Entzündungsherdchen enthalten oder sich mehr in Form reiner Ekchymosen darstellen. In 2 Fällen gelang dem Verfasser der färberische Nachweis der Meningokokken in den Arteriolen und Kapillaren des petechialen Exanthems, weniger häufig und spärlicher in den zirkumvaskulären Infiltraten. Die Vernichtung der Meningokokken erfolgt durch leukozytäre Phagozytose und zwar schnell und zum größten Teil bereits innerhalb der Blutbahn. Dadurch erhält die aus den Kulturergebnissen am Lebenden und an der Leiche bereits sichergestellte Meningokokken-Septikämie eine greifbare morphologische Grundlage. Auch wird durch den intravaskulären Meningokokken-Nachweis der Schluß wahrscheinlich, daß das petechiale Exanthem und die Petechien der inneren Organe bei epidemischer Genickstarre durch die Lokalisation der Meningokokken entstehen. Dr. Roepke-Melsungen.

4. Geschlechtskrankheiten und Bekämpfung der Prostitution.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen. Von Dr. Prinzing und Dr. Herzfeld. Zeitschrift für Bahnärzte; 1916, Nr. 9.

P. stellt folgende Forderungen auf:

1. Untersuchung der Eisenbahnbeamten in den besetzten Ländern vor der Entlassung durch Militärärzte.
2. Ueberweisung der Geschlechtskranken in Militärlazarette.
3. Eintrag der Untersuchung in das Anstellungsdekret.
4. Untersuchung der Zurückgekehrten durch die Bahnärzte.
5. Uebernahme der Kosten der bei diesen notwendig werdenden Wassermannschen Untersuchungen auf die Eisenbahnverwaltung.

H. verlangt: An Geschlechtskrankheiten leidende Beamten sind bis zu ihrer vollständigen Wiederherstellung abzulehnen, erkrankte Beamte sind aus dem Dienste bis zu gleichem Zeitpunkte fernzuhalten. Personen, die in früheren Jahren syphilitisch erkrankt waren, dürfen erst dann wieder in den Dienst eingestellt werden, wenn nach Ablauf von 3 Jahren nach angeblicher Heilung der Wassermann mehrmals negativ ausgefallen ist. Dr. Wolf-Hanau.

Ist eine Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten anzustreben? Von Prof. A. Blaschko. Mitteilungen der D. Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; Bd. 14, Nr. 3—4.

Die Anzeigepflicht — wenigstens eine allgemeine Anzeigepflicht, wie sie jetzt von den verschiedensten Seiten gefordert wird — ist eine stumpfe Waffe. Ob nicht unter besonderen Umständen, in ganz besonderen Fällen, eine beschränkte Anzeigepflicht auch für die Geschlechtskrankheiten zweckmäßig sein kann, ist eine ganz andere Frage. Dr. Wolf-Hanau.

5. Schwarzwasserfieber.

Zur Theorie des Schwarzwasserfiebers. Von Priv.-Doz. Dr. K. Hintze, Hygienisches Institut der Universität Leipzig. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 39.

Das in malariaverseuchten Ländern auftretende Krankheitsbild des

Schwarzwasserfiebers ist durch eine unter Fiebererscheinungen sich entwickelnde Hämoglobinurie gekennzeichnet. Die Hämoglobinurie in unserm Klima hat verschiedene Ursachen. Auch die als Schwarzwasserfieber bezeichnete und meist im Anschluß an Malaria vorkommende Form hat keine einheitliche Aetiologie. Zu ihrer Erklärung sind mehrere Theorien aufgestellt. Nach Verfasser ist eine der Ursachen möglicherweise in dem Einfluß der strahlenden Energie zu suchen, wobei das in den roten Blutkörperchen vorhandene Chinin und die durch die Malariaplasmodien erzeugten Abbauprodukte des Hämoglobins als sensibilisierende Substanzen dienen. Hintze regt daher an, bei Schwarzwasserfieberkandidaten Versuche anzustellen, ob ihr Blut gegen Bestrahlung empfindlicher ist als das gesunder Individuen. Dr. Roepke-Melsungen.

6. Desinfektion.

Hartmanns „Uniformal"-Desinfektor. Von Dipl.-Ing. G. Krüger-Berlin. Der praktische Desinfektor; 1916, Nr. 9.

Der beschriebene Apparat ermöglicht ohne Anwendung des verminderten Luftdruckes bei Temperaturen von 60° C. leicht empfindliche Gegenstände mit derselben Sicherheit und Schonung zu entkeimen, wie es bisher in Vakuumapparaten mit strömenden Formalinwasserdämpfen der Fall war. Die Luftpumpe, der Kondensator, die vielen verbindenden Rohrleitungen, die an Vakuumapparaten bekannt sind, fallen bei diesem Apparat weg, somit auch im Betriebe alle jene Betriebsschwierigkeiten und Betriebsstörungen, die jedem Vakuumapparate anhaften. Der Anschaffungspreis ist nahezu auf die Hälfte verringert, ebenso die Unkosten, die jede einzelne Desinfektion bedingt. Soll eine Formalin-Desinfektion vorgenommen werden, so werden die Gegenstände vorschriftsmäßig im herausgezogenen Wagengestell der Desinfektionskammer locker geschichtet bezw. aufgehängt. Der Doppelmantel der Kammer, der die Unveränderlichkeit der Temperatur während der Desinfektion bewirkt, wird bis zum Ueberlauf mit Wasser angefüllt. Dann wird das Feuer auf dem Rost entzündet oder die Heizung angestellt. Meistens sind aber diese Apparate mit Unterfeuerung ausgerüstet des ungewöhnlich geringen Verbrauchs an Heizmaterial wegen. Nachdem die Kammer geschlossen ist, beginnt die Vertrocknung der Gegenstände im Innern. Der auf Desinfektionstemperatur gebrachte Wassermantel entzieht den Objekten soviel Feuchtigkeit, wie es die Temperatur von 60° C. bedingt. Die Dämpfe selbst werden abgeleitet. Auf diese Weise wird künstlich die Aufnahmefähigkeit der Desinfektions-Objekte für Feuchtigkeit vorbereitet. Währenddessen ist der neben der Desinfektionskammer stehende Formalinentwickler mit 4 Liter Formaldehyd von 40% und 4 Liter Wasser gefüllt. Zeigen die beiden Türthermometer an der Desinfektionskammer ca. 35° C., so wird der Formalinverdampfer geheizt, und die entstehenden Dämpfe werden in die vorgewärmte Kammer geleitet. Sobald die im Verdampfer befindliche, für jede Desinfektion stets gleiche Menge Formalinflüssigkeit verdampft ist, wird das Ventil in der Zuleitung vom Verdampfer zur Kammer sowohl, wie das Entlüftungsventil des Desinfektionsapparates geschlossen.

Die Beendigung der Verdampfung im Formalinverdampfer wird selbsttätig durch ein Signalrohr angezeigt. Es vollzieht sich nunmehr die überaus wichtige Sättigung des vorgetrockneten Desinfektionsgutes mit den eingeleiteten nassen konzentrierten Formalindämpfen. Während der Desinfektionszeit, die auf etwa 2 Stunden bemessen ist, zeigt das Thermometer in der Umlaufleitung des Wassermantels stets 60° C. Die Regelung der Heizung geschieht selbsttätig durch den darin eingebauten Regulator, der gleichzeitig die Luftklappe der Feuerung automatisch betätigt. Die eigentliche Desinfektion beginnt bei Abstellung des Formalin-Verdampfers. Nach Beendigung der Desinfektion, d. h. 2 bis 3 Stunden nach Abstellung des Formalin-Verdampfers, wird verfahren wie bei der Dampfdesinfektion. Die Gegenstände werden nach Herausnahme an der Luft kräftig geschüttelt und ausgebreitet. Die Desinfektionskammer selbst wird nicht entlüftet wegen der geringen Kondensation der Dämpfe im Apparat. Die gewöhnliche Dampfdesinfektion im „Uniformal"-Desinfektor ist um so einfacher, als der Apparat infolge der guten Wärmespeicherung im Wassermantel einen besonderen Dampfkessel zum Betriebe, wie er bei fast allen Dampfdesinfektionsapparaten dieser Größe angebracht ist, nicht notwendig hat. Die Dampfmenge, die bei der Desinfektion verbraucht

wird, ist so gering, daß die Unterfeuerung des ca. 4 cbm großen Apparates vollständig ausreichend ist, um den Dampf zu erzeugen. Eine sinnreiche gesetzlich geschützte Einrichtung gestattet, daß der Wassermantel nicht nur als Wärmeschutz, sondern auch als Dampfentwickler benutzt wird, der die für die Desinfektion notwendige Dampfmenge liefert.

Die Handhabung des Apparates bei der Dampfdesinfektion ist genau so, wie sie von den Hennebergschen Dampf-Desinfektionsapparaten bekannt ist, und unterscheidet sich vorteilhaft nur dadurch, daß bedeutend weniger Heizmaterial aufgewendet zu werden braucht. Die Ventilation nach beendigter Entkeimung ist infolge der ausreichenden Wärmespeicherung besonders wirksam. Somit können die desinfizierten Gegenstände am Schlusse vollständig lufttrocken dem Apparat entnommen werden. Dr. Wolf-Hanau.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

Die Einwirkung der gesetzlichen Schutzmaßnahmen auf die Gesundheitsverhältnisse der Zinkhüttenarbeiter. Von Reg.- und Gewerberat Dr. Fischer-Potsdam. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 8.

Im Laufe der Jahre hat sich ein auffallender und erfreulicher Wandel zum Besseren in den Arbeitsverhältnissen der Zinkhütten vollzogen. An die Stelle der „Hütten" sind mehr und mehr gewaltige, hohe und luftige Arbeitsstätten getreten, im Innern für das Auge durchdringlich bis in die fernsten Winkel. — Qualm, Rauch und Staub, die ehemaligen ständigen und heimtückischen Gefährten des schwer arbeitenden Hüttenarbeiters sind aus den neuzeitlichen Arbeitsräumen hinausgewiesen und in Fesseln geschlagen. Aber auch der Zinkhüttenarbeiter selbst ist ein ganz anderer geworden, als er vor einem halben Jahrhundert nach den damaligen Aufzeichnungen gewesen ist.

Unter gesetzlicher Obhut tätig und besonders geschirmt durch die unablässiger, systematischer, wissenschaftlicher Forschung zu verdankenden Fortschritte der Technik und Hygiene, steht er, den Gefahren erfolgreich trotzend, an seinem Platze. Der schwierigste Weg in der Entwicklung der Hygiene des Zinkhüttenbetriebes ist überwunden; er hat gezeigt, wie wir der weiteren, noch zu bekämpfenden Schwierigkeiten Herr zu werden vermögen. Ohne den Selbstschutz der Arbeiter ist jedoch kein erfolgreicher Arbeiterschutz denkbar.

Dr. Wolf-Hanau.

Explosion einer Azetylenverdichtungsanlage. Von Gewerbeinspektor A. Bleyl-Chemnitz. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 9.

Um derartige Unfälle zu vermeiden, ist vorgeschlagen:

a) tunlichst reines Karbid zu verwenden;
b) die auf der Gasometerglocke aufzulegenden Beschwerungsgewichte gegen das Herabfallen zu sichern;
c) die Entwickler in einem besonderen Raum aufzustellen, damit der die Entwicklung vornehmende Arbeiter durch den Gang des Kompressors nicht gestört und von seiner Arbeit nicht abgelenkt wird.

Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Jugendpflege. Von E. B. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1916, Nr. 19.

Verfasser bespricht den Verhandlungsbericht der deutschen Zentrale für Jugendfürsorge. Der Schwerpunkt wird auf Aufklärung der Mutter gelegt, die in der Erziehung des Kindes ihre liebste und höchste Pflicht zu sehen hat. Außerdem wird die Wohnungsreform betont. Bei der Lage der Kleinkinder ist Sicherung des Schutzes und der Entwicklung ihrer geistigen und sittlichen Kräfte, sowie Sicherung ihrer gesunden körperlichen Entwicklung zu erstreben. An die Säuglingsfürsorge muß sich die Kleinkinderfürsorge anschließen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

3. Schulhygiene.

Der Keimgehalt der Schulluft mit besonderer Berücksichtigung der Dorfschulverhältnisse. Von A. Pietsch. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1916, Nr. 6.

Verfasser stellt die Ergebnisse früherer Untersucher eigenen Untersuchungen in einer Dorfschulklasse gegenüber und stellt im allgemeinen fest, daß der Gehalt an Keimen in der Schulluft ein sehr hoher ist, daß unter den Keimen die indifferenten überwiegen, aber auch Krankheitserreger zu finden sind. Die Verhältnisse in der untersuchten Dorfschule weichen nicht wesentlich von anderen Untersuchungsergebnissen ab. Im besonderen zeigte sich aber, daß durch das Chorsprechen der Keimgehalt der Schulluft erhöht wird, die Art und der Grad der Reinigung, insbesondere der Subsellien und der Möbel den Keimgehalt beeinflußt und die Winterventilation nicht imstande ist, die Luft von den in der Pause aufgewirbelten Keimen schneller zu reinigen, im Gegenteil eher in entgegengesetzter Richtung sich bemerkbar macht. Praktisch folgert Verfasser, daß die Bekämpfung des Staubes die beiden Quellen, nämlich den Staub und den kindlichen Körper zu berücksichtigen hat.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Fünf Jahre ohrenärztlicher Beobachtungen in den Volksschulen Augsburgs. Von Stadtarzt Dr. Bachauer-Augsburg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, der Schularzt; 1916, Nr. 5 und 6.

Das Ergebnis eines reichen Untersuchungsmaterials wird hier ausführlicher dargetan, beziehen sich doch die Untersuchungen auf insgesamt 30559 Schulkinder.

Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten wurden in zusammen 6121 Fällen, Ohrenerkrankungen in 1660 Fällen festgestellt. Unter den ersteren Erkrankungen überwogen bei weitem die Hypertrophien der Gaumenmandeln (3561 Fälle = 11,7 Proz.). Adenoide Wucherungen kamen in 1414 Fällen vor. Im übrigen kamen die verschiedensten Erkrankungsformen zur Beobachtung. Bei den eigentlichen Ohrerkrankungen waren besonders häufig: Chronischer Mittelohrkatarrh (371 Fälle), Ohrenschmalzanhäufung (336 Fälle), chronische Mittelohreiterungen und Residuen solcher (im ganzen 542 Fälle), Tubenkatarrh (235 Fälle) u. a.

Die vorliegenden Ergebnisse beweisen recht nachdrücklich, wie wichtig die Untersuchung der Schulkinder auf das Bestehen von Ohren-, Nasen- und Kehlkopferkrankungen durch Fachärzte ist, weisen aber auch ebenso eindringlich darauf hin, daß bei den so häufigen Erkrankungen dieser Organe eine sachgemäße Behandlung im Kindesalter ein dringendes Erfordernis ist.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

4. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Der Arzt als sozialer Helfer; Arbeitsbehandlung, Unterricht und soziale Förderung in Lazaretten. Von Dr. Werner Hartwig, Stabsarzt beim Reservelazarett in Paderborn. Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegsteilnehmer; Heft 3. Stuttgart 1915. Verlag von J. Heß. 16 Seiten. Preis: 0,60 M.

Während die rein ärztliche Arbeit in den Heimatlazaretten die funktionelle Ertüchtigung der Verwundeten durch sorgfältige Nachbehandlung und Nachoperationen zum Ziele hat, sind dem Arzt durch die weitere Fürsorge für die aus dem Heeresdienst ausscheidenden Kriegsinvaliden neue, nicht minder wichtige und dankbare Aufgaben erwachsen, die auch die soziale Heilung des Kriegsbeschädigten erreichen sollen. Nach dem Vorgange im Kreise Paderborn befürwortet der Verfasser Erteilung von theoretischen Unterricht in rein gewerblichen und fachlichen Lehrgegenständen, denen zweckmäßig ein Elementarkursus in allgemeiner Bildung vorausgeht, ferner praktische Ausbildung und Uebung in Lazarettwerkstätten und Handwerkerschulen, die in den Heilplan des Lazaretts aufzunehmen und genau so zwangsweise durchzuführen sind wie die medikomechanischen Uebungen. Daran können sich, ärztlich verordnet, auch Arbeiten gegen Verdienst anschließen, die sich in diesem Rahmen mit der militärischen Disziplin wohl vereinen lassen. Eine solche Kriegsinvaliden-

fürsorgeabteilung soll jedem größeren Lazarett angegliedert werden und in enger Fühlung mit den Fürsorgeausschüssen arbeiten. Formulare über Arbeitsnachweis, Lazarettkopftafeln mit den ausführlichen ärztlichen Verordnungen und eine Zusammenstellung der im Kreise Paderborn getroffenen sozialen Heileinrichtungen zeigen, wie sich im einzelnen die Durchführung der sozialen Fürsorge durch den Arzt zu gestalten hat. Dr. Rehberg-Herzberg a. E.

Kriegsinvalidenfürsorge. Darstellung der in Nürnberg getroffenen Maßnahmen. Mit 15 Abbildungen und 6 Schriftproben. Würzburg 1915. Verlag von Curt Kabitzsch. 8°, 48 Seiten. Preis: 0,50 M.

Beratungsausschüsse, in denen Vertreter der Industrie, des Handels, der Arbeiter- und Angestelltenverbände ehrenamtlich tätig sind, sind jedem Lazarett zugeteilt, beraten mit dem Arzt über die Fürsorgemaßnahmen und leiten die dem Orthopädischen Lazarett angegliederten Werkstätten. Durch Fragebogen, die frühzeitig in den Lazaretten ausgefüllt werden, wird Zahl und Art der für die Fürsorge in Betracht Kommenden ermittelt. Sie zerfallen in 2 Gruppen: solche, die früher selbständig und vermögend waren und meist nur einer geringen Beihilfe zur Gründung einer Existenz bedürfen, zweitens solche, die durch Arbeit ihren Erwerb verdienen müssen. Bei diesen bezweckt die Fürsorge

1. die Ausbildung tunlichst im früheren Berufe, die sich nach dem Bericht des leitenden Arztes fast stets erreichen läßt, unter Umständen durch Anlernen zu einer Spezialarbeit oder veredelte Ausbildung zu einer höheren Stufe des Berufes;
2. durch Umlernen oder Neulernen eines Berufes und zwar: praktisch in Werkstätten, theoretisch in den Fachschulen;
3. Arbeitsbeschaffung, tunlichst beim früheren Arbeitgeber, wenn nötig unter Benutzung von Sondermaschinen, zu denen Mittel beigesteuert werden;
4. Unterstützung auch in späteren Zeiten, namentlich bei Arbeitslosigkeit.

Für Sonderzwecke müssen zu der vom Reich gewährten Kriegs- und Invalidenrente Mittel beigesteuert werden. Alle Fürsorgebestrebungen sind in einem Ortsausschuß zusammengefaßt, der sich in den Vollzugs-, Finanzausschuß, den Ausschuß für Berufsberatuug, -Ausbildung und Stellenbeschaffung gliedert. In besonderen Kapiteln werden ferner von den betreffenden Fachmännern behandelt: die ärztliche Arbeit im orthopädischen Lazarett, Bau, Einrichtung, geschäftliche Organisation und die Unterrichtserteilung in diesem sowie die Fortbildung der Kriegsbeschädigten in der Landesgewerbeanstalt. Abbildungen und Schriftproben illustrieren die Arbeit in den Werkstätten und die Fortschritte der Zöglinge. Dr. Rehberg-Herzberg a. E.

Ueber chirurgische und allgemeine Kriegsbeschädigtenfürsorge. Von Prof. Dr. Fritz König, Geh. Med.-Rat Generaloberarzt, z. Z. chirurgischer und orthopädischer Beirat im Reservelazarett zu Marburg. Berlin 1916. Verlag von Julius Springer. 28 Seiten; Preis: 0,80 M.

Der eigene Wille des Verletzten, gesund zu werden, ist der beste Bundesgenosse im Kampf gegen das Krüppelelend. Die Hemmungen, die diesen Trieb niederhalten, sind Zufriedenheit mit der gewährten Rente und Unkenntnis der Wege, die zur Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit führen. Gegen sie hat die Kriegsbeschädigtenfürsorge einzusetzen und zwar 1. als ärztliche Behandlung nicht nur eine Heilung der Wunde, sondern auch die Wiederherstellung der Funktion anzustreben. Ausgehend von den Erfahrungen des Friedens wird auf dieses Ziel hingearbeitet, namentlich auf dem Gebiete der Frakturbehandlung durch frühzeitige Bewegungsübungen in abnehmbaren Schienen- oder Streckverbänden, unterstützt durch Bäder, Behandlung der offenen Wunden an freier Luft unter Bestrahlung mit Sonnen- oder künstlichem Quarzlampenlicht. Daran schließen sich schon im Bett Handfertigkeitsübungen (Flechten, Schnitzen, Knüpfen), später Uebungen an Apparaten und Turnen an. Herz-, Lungen- und Hirnverletzungen verlangen eine längere Ruhebehandlung. Bei Amputation ist schon durch die Operation der späteren Funktion Rechnung zu tragen; später erfolgt bald eine methodische Stumpfbehandlung. Sobald eine gewisse Tragfähigkeit erreicht ist, beginnt die Prothesenschule: Anweisung im Gebrauch von Behelfsprothesen, die allmählich komplizierter werden.

Hand in Hand damit geht 2. die allgemeine Fürsorge in Verbindung mit

dem Ortsausschuß und zwar bezweckt diese, unter Wahrung der militärischen Disziplin, die Beschäftigung und Anregung der Verwundeten, Ausbildung durch Kommandierung zum Unterricht im Zeichnen, Schreiben, Rechnen und in der Buchführung, in landwirtschaftlichen und gewerblichen Arbeiten und schließlich in der Berufsberatung und Unterbringung in sicherer Berufsstellung tunlichst auf dem früheren Arbeitsgebiet des Beschädigten. Dr. Rehberg-Herzberg a.E.

Die Hand und ihr Ersatz. Von Prof. Dr. Bonnet, Vorstand der anatomischen Anstalt in Bonn. 26. Vaterländischer und Kriegsvortrag, gehalten am 10. und 20. März 1915. 18 Abbildungen, 29 Seiten. Leipzig und Hamburg 1915. Verlag von Leopold Voß. Preis: geh. 0,60 M.

Die menschliche Hand, in ihrem komplizierten Bau und Mechanismus das Werkzeug der Werkzeuge, ist schwer als solche nachzubilden; wohl aber ist ihr Ersatz in anderer Weise möglich. Wie sie sich allmählich in einer langen Entwicklungsreihe aus dem einfachen Stützorgan der Tiere herausgebildet hat, so lassen sich auch noch verbliebene Reste der Hände, die von der modernen Chirurgie soweit als möglich erhalten werden, durch Uebung noch soweit ausbilden, daß sie zu ungeahnten Verrichtungen fähig werden. In eigenen Versuchen zeigt der Verfasser, wie man mit einzelnen Fingern und Fingergliedern schreiben und zeichnen kann und auch lernen kann, mit nur einer Hand alle gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens und die meisten beruflichen Arbeiten auszuführen. Selbst der Verlust des ganzen rechten Armes hat einen willensstarken Mann (Graf Zichy) nicht gehindert, ein Sports- und Waidmann zu werden, und ein Arbeiter mit Verlust des rechten Armes bis zur Hälfte des Oberarmes und teilweisen Verlust des linken Vorderarmes ist seit 25 Jahren als Wegebauarbeiter angestellt (F. in Friedrichsfelde, Kr. Oppeln). Noch vollkommener wird der Fortfall dieser Gliedabschnitte durch Prothesen ausgeglichen, wie an treffenden Beispielen aus der Geschichte (Götz von Berlichingen, Thomas Schweiller aus Schwäbisch-Hall) und der Gegenwart (Schmiedemeister Natius aus Godesberg, Höftmannsche Prothesen) gezeigt wird. In besonderen Handwerksabteilungen sollen derartig Verkrüppelte unterwiesen werden und zwar besonders von Leidensgenossen, die bereits eingearbeitet sind und ihre eigene Erfahrung und gutes Beispiel in den Dienst dieser Unglücklichen stellen. Dr. Rehberg-Herzberg a. E.

Werkstätten für Erwerbsbeschränkte (Unfallverletzte, Invalide, Kriegsbeschädigte). Von Paul Lohmar, Verwaltungsdirektor, Syndikus der Rheinischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen Cöln a. Rh. Verlag von Richard Schötz. Berlin 1916. 32 Seiten. Preis: 0,60 M.

Der Verfasser tritt dafür ein, die jetzt im Anschluß an die Verwundetenlazarette vielfach errichteten Werstätten auch im Frieden als dauernde Einrichtungen der Reichsversicherung (Unfall-, Invaliden-, Angestelltenversicherung) bestehen zu lassen. Dieser Endzweck soll schon bei ihrer Gründung berücksichtigt und dabei nach folgenden Gesichtspunkten vorgegangen werden:

1. Während oder unmittelbar anschließend an das Heilverfahren soll in geeigneten Fällen bei Unfallverletzten und Kranken auf Anordnung des Arztes unter Leitung eines Fachmannes die Beschäftigung auf gewerblichen und landwirtschaftlichen Arbeiten (Arbeitstherapie) tunlichst auf dem Gelände des Krankenhauses in den Heilplan aufgenommen werden. Diese ergänzt unmittelbar die Heilmaßnahmen, z. B. die medikomechanischen, mittelbar aber befördert sie die Heilung durch Hebung des Allgemeinbefindens, Bewahrung vor Müßiggang usw. Sie dient so der Heilung an sich (Heilbeschäftigung) und erleichtert den Uebergang zur Arbeit (Arbeitsgewöhnung). Die gewerbliche Arbeit kann in Werkstätten für Holz- und Metallbearbeitung erfolgen. Zweckmäßig ist ferner die Einrichtung einer orthopädischen Werkstätte und die Bildung einer Sportabteilung.

2. Ausbildungs- und Anlernungswerkstätten dienen zur Aus- bezw. Umbildung für einen Beruf oder Anlernung bis dahin ungelernter Arbeiter für besondere Aufgaben, die sie noch leisten können. Sie sind an Fach- oder Fortbildungsschulen oder auch an die oben genannten Heilwerkstätten anzugliedern und beschränken sich in letztem Falle auf ein oder wenige Fächer so, daß in einem größeren Bezirk (z. B. Provinz) alle Berufsarten vertreten

sind. Die letzte Zeit der Ausbildung bezw. Anlernung kann auch bei einem Handwerksmeister oder in einer Fabrik erfolgen, um den Eintritt ins praktische Leben zu erleichtern.

3. Für solche Beschädigte, die im Erwerbsleben nicht mehr selbständig vorwärts kommen, wird die Gründung von Beschäftigungswerkstätten, am besten in Verbindung mit Invalidenheimen, vorgeschlagen. Ein Teil dieser nicht Ganzinvaliden kann auch in den Heil- bezw. Lehrwerkstätten dauernd verbleiben. Dr. Rehberg-Herzberg a. E.

Die staatliche Kriegsinvaliden-Fürsorge. Von Prof. Dr. A. Köhler, Generalarzt a. D., z. Z. Reservelazarettdirektor und fachärztlicher Beirat für Chirurgie beim III. Armeekorps. Leipzig 1916. Verlag von Georg Thieme. 148 Seiten. Preis: geheftet 2,80 M.

Nach einem kurzen Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung der Veteranenfürsorge vom Altertum bis zur Jetztzeit, bespricht der Verfasser den Stand der Kriegswohlfahrtspflege, wie sie, verbreitet durch die Wohlfahrtsgesetze des Friedens, in Deutschland vom Staate, unterstützt durch Kommunen und Private, durchgeführt wird. In erschöpfender Weise wird das Gebiet der staatlichen Fürsorge behandelt und gezeigt, daß ihr Bereich viel weiter geht, als vielfach bekannt ist. Solange der Kriegsbeschädigte noch Soldat und seine spätere Verwendung noch möglich ist, unterliegt er unbedingt der Fürsorge des Staates; diese bleibt aber zunächst auch dann noch in vollem Umfange bestehen, wenn er für den Heeresdienst nicht mehr in Frage kommt. Der Verfasser zeigt, wie dann der Staat vor allem die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch geeignete Nachbehandlung in Lazaretten, Arbeiten unter ärztlicher Aufsicht, Einrichtung von Lazarettwerkstätten, Gewährung von besonderen Kuren, Ersatzgliedern zu erreichen sucht, und wie dann erst die dauernde Versorgung einsetzt durch Gewährung der Kriegsbeschädigtenrente, von Verstümmelungszulagen, durch Unterbringung in öffentlichen Anstalten, Invalidenheimen usw. Daneben haben sich besondere Verwaltungszweige (Eisenbahnverwaltung), Kommunen und Private ebenfalls opferfreudig in den Dienst der Sache gestellt. Nicht nur durch materielle Vergünstigungen wird die Aufnahme der Arbeit gefördert, sondern es sind auch Einrichtungen geschaffen, durch die Ausbildung oder Umbildung für die meisten Berufe erleichtert und der Eintritt in diese durch Berufsberatung und Arbeitsnachweis vermittelt wird. Die Organisation der Kriegsinvalidenfürsorge, die jetzt bis in die kleinsten Kommunalbezirke hineinreicht, wird ausführlich erörtert und gezeigt, wie deren Segnungen dem einzelnen zugänglich sind. Ein besonderes Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, in welcher Weise sich die Invalidenversicherung an der Versorgung der Kriegsbeschädigten mit beteiligt.

Die Schrift bringt außer einem ausführlichen Literaturverzeichnis die wichtigsten einschlägigen Bestimmungen des Kriegsministeriums und einzelner Generalkommandos, besonders des III. Armeekorps; die klare Umgrenzung der Fürsorgepflicht des Staates und die kritische Würdigung einzelner, von Hilfsvereinen usw. ausgehenden Fürsorgebestrebungen machen sie zu einem zuverlässigen Berater für alle, die sich in den Dienst der Kriegswohlfahrtspflege stellen wollen. Dr. Rehberg-Herzberg a. E.

Praktische Ergebnisse und Erfahrungen bei der Berufsberatung der Kriegsbeschädigten. Von Generalinspektor Derdock-Saarbrücken. Concordia; 1916, Nr. 16.

Verfasser tritt für die Beratung durch ein Kollegium ein, wenn auch die Einzelberatung gewisse Vorzüge hat. Teilnahme an Lehrkursen und Einrichtung von Lazarettwerkstätten sind für manchen Kriegsbeschädigten von größter Bedeutung, wie die Erfahrung gelehrt hat. Vor allen Dingen kommt es darauf an, die Beratenden durch ruhige Besprechung und sachliche Aufklärung zu überzeugen, daß nur in Ausnahmefällen ein Berufswechsel notwendig ist. Eine der wichtigsten Faktoren der erfolgreichen Berufsberatung ist der Berufsberater selbst. Auch die Frage, ob es sich nicht empfehle, wenigstens für größere Bezirke einen Berufsberater (ev. Kollegium) im Hauptamte anzustellen, verdient Beachtung. Wichtig ist ferner, daß große und einflußreiche Kreise der Praxis gewonnen werden, nämlich die Kreise der

Betriebsleiter, Aufsichtspersonen und Werkmeister einerseits, anderseits die Kreise der Arbeiter als Kollegen und Genossen der Kriegsbeschädigten. Schließlich sei noch auf die hervorragende Bedeutung einer gut organisierten Arbeitsvermittlung hingewiesen. Dr. Wolf-Hanau.

Zur Frage der Berufsausbildung Kriegsbeschädigter. Von Prof. Reg.- und Gewerbeschulrat Böhm-Potsdam. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 7.

Die Aufgabe der Kriegsbeschädigtenfürsorge läßt sich unschwer in vier auch zeitlich aufeinander folgende Abschnitte gliedern: 1. Heilbehanlung, 2. Berufsberatung, 3. die Berufsausbildung und 4. Arbeitsvermittelung. dierzu tritt noch zuweilen die sogenannte „ergänzende Fürsorge", die überall da einsetzt, wo aus besonderen Gründen eine weitergehende Unterstützung des Kriegsbeschädigten oder seine Familie notwendig wird. In der Ausbildung sind im allgemeinen zwei Hauptabschnitte zu unterscheiden: die vorbereitende Ausbildung und die Berufsausbildung im engsten Sinne des Wortes. Neben der praktischen Arbeit können Wissenskurse eingerichtet werden. Eine Zusammenfassung der Arbeitsnachweise, wie sie da und dort angestrebt wird, erscheint nicht wünschenswert. Dr. Wolf-Hanau.

---

5. Soziale Hygiene.

Die Einwirkung der kommunalen Kriegsfürsorge auf die Volksgesundheit. Von Stadtrat Dr. A. Gottstein-Charlottenburg. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 37.

Die Kriegsverhältnisse veranlaßten die Gemeinden, Einrichtungen zur Behandlung der Angehörigen von Kriegsteilnehmern im Krankheitsfalle zu treffen. Es ist anzunehmen, daß der Wegfall der Sorge um die Aufbringung der Kosten zum frühzeitigen Aufsuchen des Arztes führt und die Widerstände gegen die Ueberführung ins Krankenhaus und gegen die Vornahme zweckmäßiger operativer Eingriffe beseitigt. Es fragt sich nun, ob bezw. welche ursächlichen Beziehungen zwischen der Besserung der Volksgesundheit und der Erleichterung der Gelegenheit zu frühzeitiger sachverständiger Hilfe bestehen?

Gottstein will die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diese Zusammenhänge hinlenken und zu gemeinsamer Arbeit anregen, da die Fragestellung von großem Interesse für die Einschätzung des ärztlichen Berufes und Standes im Dienste der Volksgesundheit ist. Die gesammelten Erfahrungen würden auch Bedeutung gewinnen für die Entscheidung der Frage, ob die Versicherungspflicht auf die Angehörigen der Kassenmitglieder aus sozialhygienischen Gründen auszudehnen ist. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Entwicklung der Bevölkerung in Portugal im 1. Jahrzehnt dieses Jahrhunderts. Von Dr. E. Roesle-Berlin. Archiv für soziale Hygiene; Band 11, Heft 4.

Die Eigenart der Bevölkerungsentwicklung kennzeichnet sich in der Zunahme des Geburtenüberschusses bei gleichzeitig ansteigenden Wanderungsverlustes; auch hier zeigt sich also, daß eine hohe Geburtenziffer nicht ohne weiteres eine große Bevölkerungszunahme zur Folge hat, wenn es nicht gelingt, durch Hebung des kulturellen Niveaus der Bevölkerung die hohe Sterblichkeit herabzudrücken und durch Schaffung hinreichender Erwerbsmöglichkeiten die heranwachsenden Generationen ungeschwächt im Lande zu erhalten.

Dr. Wolf-Hanau.

---

6. Oeffentliches Gesundheitswesen im allgemeinen.

Gegen die Zersplitterung der Gesundheitsfürsorge. Von Dr. Sieveking, Physikus und Stadtarzt in Hamburg. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 33.

Die Zersplitterung in der Gesundheitsfürsorge läßt sich nicht so einfach beheben, wie Ascher meint und vorgeschlagen hat.[1]) Daß die ver-

---

[1]) Siehe Referat darüber in Nr. 17 dieser Zeitschrift; 1916, S. 522.

schiedenen Fürsorgezweige von einem Mittelpunkte aus (Fürsorgeamt) geleitet werden sollen, ist richtig; aber die Leitung von denselben Kräften ist nur in einem ländlichen Kreise oder in einer kleineren Stadt, nicht in einem größeren Gemeinwesen möglich. Hier müssen sich die einzelnen Fürsorgen spezialisieren. Deshalb hält es S. auch nicht für richtig, die Kontrolleure der Krankenkassen damit zu betrauen. Die Krankenkassenvorstände sollen selbstredend mit Sitz und Stimme in den Fürsorgestellen vertreten sein; Beamte der Krankenkassen haben sich z. B. in den Hamburger Tuberkulose-Fürsorgestellen so bewährt, daß jeder einzelnen ein solcher zugeteilt ist.

In Hamburg sucht man der Zersplitterung dadurch vorzubeugen, daß etwa alle halbe Jahre Säuglingspflegerinnen, Tuberkulosefürsorgeschwestern, Ungezieferschwestern, Trinkerfürsorgerinnen, Assistentinnen der Gewerbeinspektion (Kleinkinderschutz), Gemeindeschwestern zusammengeladen worden, damit alle Fürsorgerinnen voneinander Bescheid wissen und sich womöglich persönlich kennen lernen. Der Kreis kann ohne Schwierigkeit erweitert werden. Jeder Arzt, der kommen will, ist willkommen. Es werden kurze, zusammenhängende Berichte über einzelne Fürsorgezweige aus der Versammlung heraus erstattet und in einem Sammelbericht alle Fürsorgezweige geschildert. Daran schließt sich eine freie Aussprache, die nicht nur Kenntnisse, sondern auch gegenseitiges Verstehen und Vertrauen vermittelt. Alle Spezialfürsorgeblätter werden sämtlichen Fürsorgeorganen möglichst vollzählig und regelmäßig zugestellt. Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Die **III. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz** findet am Montag, den 30. Oktober 1916, vormittags pünktlich 10 Uhr, in Berlin — Plenarsitzungssaal des Herrenhauses — statt.

Tagesordnung: Eröffnung der Konferenz und Begrüßungsansprachen. — I. Vorschläge für ein Kreisfürsorgegesetz. Vortragende: Kabinetsrat Dr. jur. et Dr. med. h. c. v. Behr-Pinnow, Berlin und Med.-Rat. Dr. Berger, Kreisarzt in Crefeld. — II. Die Organisation der Säuglingsfürsorge in einer Provinz. Vortragende: Oberpräsidialrat Breyer, Magdeburg (Ueber die Fürsorgeorganisation in der Provinz Sachsen) und Geh. Med.-Rat Dr. Denecke, Reg- und Med.-Rat in Magdeburg (Ueber die ärztliche und pflegerische Organisation in der Provinz Sachsen).

Im Anschluß an die Tagung findet die **Mitgliederversammlung der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz.** (Tagesordnung: 1. Jahres- und Rechnungsbericht, 2. Bericht der Rechnungsrevisoren und Entlastung des Ausschusses, 3. Wahlen, 4. Verschiedenes), sowie eine **Sitzung des großen Ausschusses** statt. (Tagesordnung: 1. Wahlen, 2. Verschiedenes).

Zur Teilnahme an der Tagung sind alle Persönlichkeiten, die sich mit der Mutter- und Säuglingsfürsorge befassen, berechtigt; der Eintritt ist kostenlos. Anträge auf Verabfolgung von Eintrittskarten sind an die Geschäftsstelle der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, Charlottenburg, Mollwitz-Privatstraße zu richten.

Die Teilnahme an der Ausschußsitzung und der Mitgliederversammlung ist nur den Mitgliedern gestattet.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Assistenzarzt d. Res. Dr. Max Brommer-Erlangen.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Friedrich Gärtner-Karlsruhe.
Stabsarzt d. Res. Dr. Julius Jolowicz-Hamburg.
Oberstabsarzt Dr. Junius-Bonn.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ludwig Kaumheimer-München.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Erwin Sauberzweig-Balingen (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Sinz-Waldsee (Württemberg).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Wolf-Tübingen, beratender Hygieniker.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Oberarzt d. Res. a. o. Prof. Dr. Martin Nippe-Erlangen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Assistenzarzt Dr. Arfken.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Beyer, Reg.-Arzt des 2. Ulanen-Reg. Nr. 18 (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Gebhardt-Konstanz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Gräff-Freiburg i. Breisgau.
Assistenzarzt d. L. Dr Max Grundler-Bichl (Oberbayern).
Oberarzt Dr A. Hennel

Ferner ist auf dem Felde der Ehre gefallen: Leutnant Otto Riedel, Sohn des Med.-Rats Dr. Riedel, Physikus in Lübeck, der damit leider einen zweiten Sohn im Felde verloren hat.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 10. bis 16. September 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz, Tollwut: — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—); Milzbrand: 3 (—); Pocken: 6 (1); Unterleibstyphus: 331 (19); Ruhr: 632 (57); Diphtherie: 2052 (108); Scharlach: 1098 (51); Kindbettfieber: 52 (15); Genickstarre: 3 (9); spinaler Kinderlähmung: 3 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 89 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 99; Tuberkulose (gestorben): 612.

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Entsprechend zahlreichen Wünschen aus den Kreisen der Medizinalbeamten haben sich Herausgeber und Verlagsbuchhandlung entschlossen, den **Kalender für Medizinalbeamte** wieder erscheinen zu lassen. Der neue **Jahrgang 1917** wird Mitte Dezember d. J. zur Ausgabe gelangen; die unterzeichnete **Verlagsbuchhandlung nimmt schon jetzt Bestellungen entgegen.**

Die Verlagsbuchhandlung. — **Der Herausgeber.**
Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

Für die Mitglieder der Deutschen Medizinalbeamten und für die sonstigen Bezieher der Zeitschrift.

Auf Veranlassung eines Rundschreibens des Postzeitungsamtes werden die Postbezieher der Zeitschrift erneut gebeten, sich beim Ausbleiben oder bei verspäteter Lieferung einer Nummer **stets zunächst an den Briefträger oder die zuständige Bestell-Postanstalt** und erst, wenn Nachlieferung und Aufklärung nicht in angemessener Frist erfolgen sollte, sich unter Angabe der bereits unternommenen Schritte (die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins an die Expedition der Zeitschrift [Hofbuchdruckerei J. C. C. Bruns-Minden in Westfalen], die sonstigen Postbezieher an den Verlag (Fischers medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin W. 62, Keithstraße 5) zu wenden.

Verlag und Schriftleitung.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

9. Jahrgang; Nr. 21. Ausgegeben am 5. November 1916.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Nr. 21.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: In den erblichen Adelstand erhoben: Der Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. W. Waldeyer in Berlin unter der Namensform „von Waldeyer-Hartz"; — die Rote Kreuz-Medaille: dem Geh. Med.-Rat Dr. Haebler, Kreisarzt a. D. in Nordhausen.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ehrenkreuzes II. Klasse des Fürstlich-Lippischen Hausordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund in Minden i. W.

Ernannt: Prof. Dr. Bumke in Breslau zum kommissarischen Medizinalassessor bei dem Medizinalkollegium der Provinz Schlesien.

Gestorben: Geh. Med-Rat Dr. Nünninghoff, Kreisarzt in Bielefeld; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Hippel in Göttingen.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Medizinalrates: den Oberamtsärzten Dr. Gnant in Ellwangen und Dr. Härlin in Neuenbürg; das Ritterkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: dem Obermedizinalrat Dr. Köstlin, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart; — das Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrichsordens: dem Med.-Rat Dr. Bubenhofer, Oberamtsarzt in Vaihingen; — das Wilhelmkreuz: den Oberamtsärzten und Med.-Räten Dr. Lieb in Freudenstadt, Dr. Engelhorn in Göppingen, Dr. Essig in Ravensburg und Dr. Pfeilsticker in Gmünd sowie den Med.-Räten Dr. Kemmler, Direktor der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt in Weinsberg, Dr. Groß, Direktor der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt in Schussenried und Dr. Krimmel, Direktor der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt in Weißenau.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Der a. o. Prof. Dr. v. Wasielewski in Heidelberg zum ordentlichen Professor und Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Rostock; Prof. Dr. Curschmann, Direktor der medizinischen Abteilung des St. Rochus-Hospitals in Mainz, zum ordentlichen Professor und Leiter der medizinischen Poliklinik an derselben Universität.

---

29. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. | 1916.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 21. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Nov.

Hygienische Streiflichter aus der Rheinpfalz.[1])

Von Obermedizinalrat Dr. **Demuth**, Reg.- und Med.-Rat in Speyer.

Will man die hygienischen Zustände eines Landes erkennen und begreifen, so dürfen vor allem auch die Lage und Beschaffenheit dieses Landes, seine Vergangenheit und Werdegang, seine Geschichte und der Charakter seiner Bewohner nicht ganz ungewürdigt bleiben. Von diesen Faktoren hängen eben die hygienischen Verhältnisse, die hygienischen Vor- und Nachteile gegenüber anderen Ländern oder Provinzen des gleichen Landes ganz wesentlich ab, oft fast mehr als von dem jeweiligen Stande der hygienischen Wissenschaften und dem Bemühen der Behörden und Aerzte, diesen in ihrer Anwendung auf die Praxis gerecht zu werden. Selbst die schönsten und vollkommensten, auf den wissenschaftlichen Errungenschaften aufgebauten Gesetze und Verordnungen können jenen manchmal

---

[1]) Vortrag, gehalten bei der Landesversammlung des bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Neustadt a. H. am 12. Juli 1914.

übermächtigen Faktoren gegenüber sich nicht immer oder nur langsam die nötige Geltung verschaffen.

Dies gilt besonders von einem Landesteile, der wie die Rheinpfalz, wenn auch historisch und tatsächlich schon lange mit dem Mutterlande verbunden, doch vielfach seinen besonderen Werdegang hat und räumlich von diesem getrennt ist, eingekeilt zwischen verschiedene und verschiedenartige Gebietsteile unseres großen deutschen Vaterlandes, und im Laufe der Zeit nach vielen Kriegsläuften durchflutet wurde von mancherlei Völkerschaften, von deren Anschauungen, Sitten und Gewohnheiten er nicht unberührt bleiben konnte. So wirkte, um nur eines anzuführen, die Jahrhunderte lang dauernde unmittelbare Nachbarschaft der französischen, jetzt elsaß-lothringischen Grenze, der Zusammenhang und Verkehr mit den Bewohnern dieser Länder und deren allbekannten Gepflogenheiten, z. B. in bezug auf Beseitigung der Abfallstoffe und Abwasser, auch jetzt noch in nicht sehr vorteilhafter Weise nach, wie wir dies besonders bei der gemeinsamen Bekämpfung des endemischen Typhus im Südwesten des Reiches zur Genüge kennen gelernt haben. Dazu kommt, daß das Gebiet der Rheinpfalz, wie es sich seit nahezu einem Jahrhundert als einheitliche Provinz Bayerns darstellt, vor dieser Zeit und vor der vorübergehenden französischen Herrschaft in nicht weniger als 45 kleine, zum Teil recht kleine Herrschaftsgebiete zerfiel, und daß somit früher von einer einheitlichen Verwaltung, besonders auch in medizinalpolizeilicher Hinsicht bis zum Beginn des vorigen Jahrhunderts nicht die Rede sein konnte.

Landschaftlich zerfällt die Pfalz in zwei ziemlich scharf abgegrenzte Gebiete, die Vorderpfalz und den Westrich. Als Vorderpfalz wird bezeichnet das östliche Vorland des Haardtgebirges und der Vogesen bis zum Rhein, dessen äußerste Niederungen noch innerhalb des Ueberschwemmungsgebietes des Rheines liegen, das übrigens durch die in den letzten Jahrzehnten vorgenommenen Korrektionen des Flußlaufes ganz wesentlich ganz eingeengt wurde. Das bis vor 3 Jahrzehnten noch hier herrschende Malariafieber meist tertianen Typus ist, das sei hier nebenbei bemerkt, jetzt ganz daraus verschwunden.

Fast durchweg eben, mit nur kleinen Erhebungen, ist dieser Teil ein fruchtbares, leicht zu bebauendes Acker- und Wiesenland. Die sich anschließende Hügelkette, das vordere Haardtgebirge genannt, stellt das eigentliche Weinland dar; hier ist das Gebiet der sonnigen Pfalz. Das 1500 qkm große Gebiet der Vorderpfalz beträgt räumlich fast genau nur den vierten Teil des 5928 qkm großen Gesamtgebietes der Rheinpfalz, ist aber dicht bevölkert und fast von der Hälfte der Gesamtbevölkerung bewohnt. Es kommen hier rund 300 Bewohner auf den qkm, in der Hinterpfalz nur 100, in der Gesamtpfalz durchschnittlich jetzt 156.

Das Land westlich vom Haardtgebirge, allgemein der Westrich oder die Hinterpfalz genannt, ist in der Hauptsache

ein vielfach zerklüftetes und zerrissenes Sandsteingebirge, mit meist tief eingeschnittenen Tälern, von steilen Hängen begrenzt. Eine einzige breitere Ausbuchtung zwischen St. Ingbert einerseits und Göllheim anderseits, bei Landstuhl ein ausgedehntes Tiefmoor bildend, scheidet das eigentliche Haardtgebirge mit seinen Ausläufern von dem mehr nördlichen Donnersberggebiete und dem nordwestlichen Hügelande an Lauter und Glan.

Die höchste Erhebung der Pfalz, die Porphyrgruppe des Donnersberg, ist 688 m, das Tiefland der Vorderpfalz geht bis zu 90 m herab. Der mittlere Höhenzug von der Grenze des Haardtgebirges und westlich von der Haardt ist spärlich bewohnt und stark bewaldet. An Wald ist überhaupt die Pfalz sehr reich; er bedeckt fast $^2/_5$ des Gebietes. Weiter nach Westen wird die Bevölkerung wieder ziemlich dicht; auch ist der Boden hier recht fruchtbar, aber bei der Lage, vielfach an Hängen und bergig, mühsam zu bebauen und weniger ertragsreich als das Land in der Vorderpfalz.

Mit dem Boden wechseln natürlich auch die klimatischen Verhältnisse. Die Blütezeit der Pflanzen beginnt in der Rheinebene und am vorderen Haardtgebirge 14 Tage früher als in den Tälern bei Zweibrücken und hier wieder fast 8 Tage früher als in Kaiserslautern oder in der Nordpfalz.

Nach 30jährigem Durchschnitte schwankt die mittlere Temperatur in der Vorderpfalz zwischen 9,5 und 9,9 (Speyer, Landau, Grünstadt) und im Westrich zwischen 8,7 und 8,9 (Kusel, Kaiserslautern, Zweibrücken). Die mittleren Maxima steigen im wärmsten Monate Juli bis 25,3 (Speyer) und 23,8 (Kusel); die mittleren Minima gehen bis — 3,3 (Kusel) und — 2,0 (Speyer). Die Niederschläge sind am niedrigsten in der Vorderpfalz (560,2 mm in Grünstadt, 654,2 mm in Speyer), am höchsten in der Hinterpfalz (912,9 mm in Zweibrücken).

In diesem Ländchen nun, begrenzt im Osten vom Rhein, im Süden, Westen und Norden von Elsaß-Lothringen, Preußen, Hessen, siedeln zurzeit nahezu eine Million Einwohner (Volkszählung 1910 = 937085). Eine Zählung von 1802 hatte für das jetzige Gebiet der Rheinpfalz 330797 ergeben. Im Laufe eines Jahrhunderts hat sich also die Bevölkerung um das Dreifache vermehrt, trotz Krieg und damaligen bösartigen Seuchen und trotz ausgedehnter Auswanderungen (allein in den Jahren 1847—1855 = 80000; 1827—1880 nach Ausgleich der nicht großen Einwanderung noch ein Verlust von 234980 Personen). In gleicher Zeit wuchs Gesamtbayernnicht ganz um das Doppelte. Die Siedelungsdichtigkeit ist in der Pfalz eine viel größere als in Bayern; hier (1905) 86 Einwohner auf den Quadratkilometer Landes, in der Pfalz (1910) 156 durchschnittlich, in der Vorderpfalz sogar 300.

Es ist von vornherein ersichtlich, daß diese Bevölkerungsdichtigkeit nicht ohne Einfluß auf die Verbreitung ansteckender Krankheiten sein konnte, insbesondere auf das Vorkommen des früher so stark verbreiteten Typhus.

Die *Bevölkerung*, wenn auch, so weit eingesessen, in Vorder- und Hinterpfalz etwas verschieden geartet, zeigt im ganzen eine große geistige Regsamkeit, mit wenigstens in der Vorderpfalz meist lebhaftem Temperament und ist bei aller entgegenkommenden Freundlichkeit etwas stark selbstbewußt, in einem großen Teil der Hinterpfalz mit einem Einschlag von größerer Bedächtigkeit und scheinbar oft etwas geistiger Langsamkeit, überall aber von zähem Festhalten am Althergebrachten, sei es in guten oder schlechten Einrichtungen. Daß irgendwo etwas besser oder zweckmäßiger als bei ihnen bestellt ist, halten sie nicht für möglich, geben es wenigstens nicht leicht zu. So werden z. B. noch so schlechte Brunneneinrichtungen, weil althergebracht, bis aufs äußerste verteidigt. „Das Wasser", geschöpft oft aus dem offenen Schalenbrunnen, so traulich in der Nähe von schlecht verwahrten Mist- und Abortgruben oder undichten Abwässergräben liegend, „wie könne das schädlich wirken; es sei vielmehr ein wahres Heilwasser; von dem habe der Groß- und Urgroßvater getrunken, und die seien immer gesund gewesen und alt geworden."

Verbesserungsvorschlägen, besonders wenn sie von Behörden kommen, oder gar behördlichen Anordnungen wird somit oft lange und hartnäckig Widerstand geleistet. Immerhin aber ist die Bevölkerung Belehrungen nicht unzugänglich, besonders wenn man es versteht, sich in ihren Gedankengang einzuleben und Gewolltes und Notwendiges schließlich als von ihnen selbst Gedachtes zu suggerieren.

Entsprechend der Fruchtbarkeit des Landes war die Bevölkerung lange Zeit eine vorwiegend ackerbautreibende und ländliche. Noch im Jahre 1840 waren mehr als $^2/_3$, genau 68,37 $^0/_0$ der Bevölkerung ausschließlich eine *landwirtschaftliche*. Die Städte waren klein und in ihrem ganzen Gepräge nicht viel anders als größere Landgemeinden. Mit der Zunahme der Bevölkerung wurde das anders; der Aufschwung der *Industrie* in den letzten 4 Dezennien hat hier große Wandlung vollbracht. Im Jahre 1882 war die landwirtschaftliche Bevölkerung auf unter die Hälfte (46,77 $^0/_0$) zurückgegangen, 1907 auf weniger als $^1/_3$ (32,15 $^0/_0$).

Auch das konnte nicht ohne Einfluß auf den Gang und die Ausbreitung der Krankheiten, wie auch auf den sanitären Zustand des Landes im allgemeinen bleiben. Insbesondere konnte die Zunahme der Bevölkerung überhaupt und vorab die Zunahme der industriellen Bevölkerung nicht ohne Einfluß bleiben auf die Höhe verschiedener Krankheitsgruppen, so besonders der Tuberkulose, wie wir weiterhin sehen werden.

Zur *Verdreifachung der Einwohnerzahl* im Laufe eines Jahrhunderts trotz großer Auswanderung trugen im Wesentlichen drei Umstände bei: *Verhältnismäßig große Geburtenzahl, geringe allgemeine Sterblichkeit* und besonders auch *geringe Kindersterblichkeit*. Bis vor nicht langer Zeit bewegte sich die jährliche *Geburten-*

zahl mit Ausnahme eines Tiefstandes um die Mitte des vorigen Jahrhunderts zwischen rund 37 und 45 %. Der Tiefstand umfaßte die Zeit von 1851 bis 1856 mit Zahlen von 35,88, 32,11, 33,43, 30,13, 33,19, 34,47 ‰. Es war das die Zeit, wo Tausende im besten Mannesalter vom Vaterlande sich verabschiedeten und wo auf die Zurückgebliebenen, Mißernten, politische und soziale Verstimmungen in gleicher Weise entmutigend eingewirkt hatten. Dann aber ging es rasch wieder aufwärts. Die höchsten Zahlen wurden in den 1870er Jahren erreicht, in der Zeit des nationalen und teilweise des industriellen Aufschwunges; 1870: 41,52 %, 1871 begreiflicherweise nur 36,23, dann aber 1872: 43,42, 1873: 43,27, 1874: 44,31, 1875: 44,61, 1876: 45,15. Von da ab kam wieder stetes, anfangs schnelleres, dann langsameres Fallen; 1886: 37,3, 1895: 36,9, 1906: 35,6, 1907: 34,3, 1908: 34,0, 1909: 33,0 1910: 32,0 1911: 29,7, 1912: 29,7, 1913: 28,6 ‰.

Mit einigen Schwankungen waren wenigstens die Durchschnittszahlen von denen im jenseitigen Bayern nicht allzu verschieden, wie dies besonders beim Vergleich der Zahlen im letzten Jahrzehnt zu ersehen ist:

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
Pfalz . . .	37,5	37,7	37,7	37,0	36,7	35,9	35,6	34,3	34,0	33,0
Gesamtbayern	37,9	38,3	37,9	35,7	35,7	34,6	34,6	35,0	34,0	32,2

	1910	1911	1912	1913
Pfalz . . .	32,0	29,7	29,7	26,6
Gesamtbayern	31,0	—	—	—

Trotz des langsamen Herabgehens der Geburten in den letzten Jahren, hatte aber die Pfalz in einzelnen Bezirken noch recht stattliche Geburtenzahlen, besonders in Industriegegenden. So war nach fünfjährigem Durchschnitte (1900—1904) die Zahl der Lebendgeborenen im Bezirk Ludwigshafen: 46,5 ‰, in den Bezirken St. Ingbert: 44,0, in Pirmasens: 42,7 ‰, während in anderen Bezirken schon starker Rückgang in der gleichen Zeit erfolgt war (Landau: 29,5; Dürkheim: 27,5 ‰). 1912 betrugen die Zahlen auch in Ludwigshafen nurmehr 32,0, in Pirmasens 32,0, in St. Ingbert 35,9 ‰, immerhin noch die höchsten im Kreise bei einem Duchschnitte von 29,7 ‰, während sie in dem genannten Landau noch weiter auf 23,9 und Dürkheim auf 23,0 ‰ gesunken waren.

Was nun die allgemeine Sterblichkeit betrifft, so war diese durchschnittlich in der Pfalz nicht übermäßig hoch und anscheinend immer kleiner als in Gesamtbayern. Sie betrug einschließlich Totgeburten in der Zeit von 1835—1860 in der Pfalz durchschnittlich jährlich 26 ‰, in Gesamtbayern während dieser Zeit 29 ‰, 1847—1856 in der Pfalz: 24,9 ‰, in Gesamtbayern: 28,8 ‰, in der Pfalz weiterhin 1857—1866: 24,3 ‰, 1867—1876: 27,8 ‰. Die höhere Zahl dieses Jahrzehnts ist wesentlich bedingt durch die Kriegsjahre (1870 letztes Vierteljahr: 30,38 ‰ und 1871: 31,47 ‰). 1877—1883 war die Sterblichkeitsziffer in der Pfalz: 25,4 ‰, 1886—1890: 22,37 ‰.

Für die neuere Zeit hatte die Pfalz verglichen mit Bayern (s. auch graphische Darstellung I auf S. 631) folgende Sterbeziffern (ausschließlich Totgeborene):

	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899
Pfalz . . .	22,4	21,7	21,2	22,7	20,1	20,5	19,0	19,6	19,4	18,9
Gesamtbayern	27,3	27,4	27,2	27,8	25,0	27,8	23,0	24,5	23,8	24,2
	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
Pfalz . . .	19,9	18,7	19,0	18,9	18,8	18,6	18,0	17,0	17,0	16,0
Gesamtbayern	25,3	23,2	22,6	23,5	22,5	22,5	21,3	21,0	21,0	20,0
	1910	1911	1912	1913						
Pfalz . . .	15,0	16,5	13,5	13,4						
Gesamtbayern	19,0	20,5	—	—						

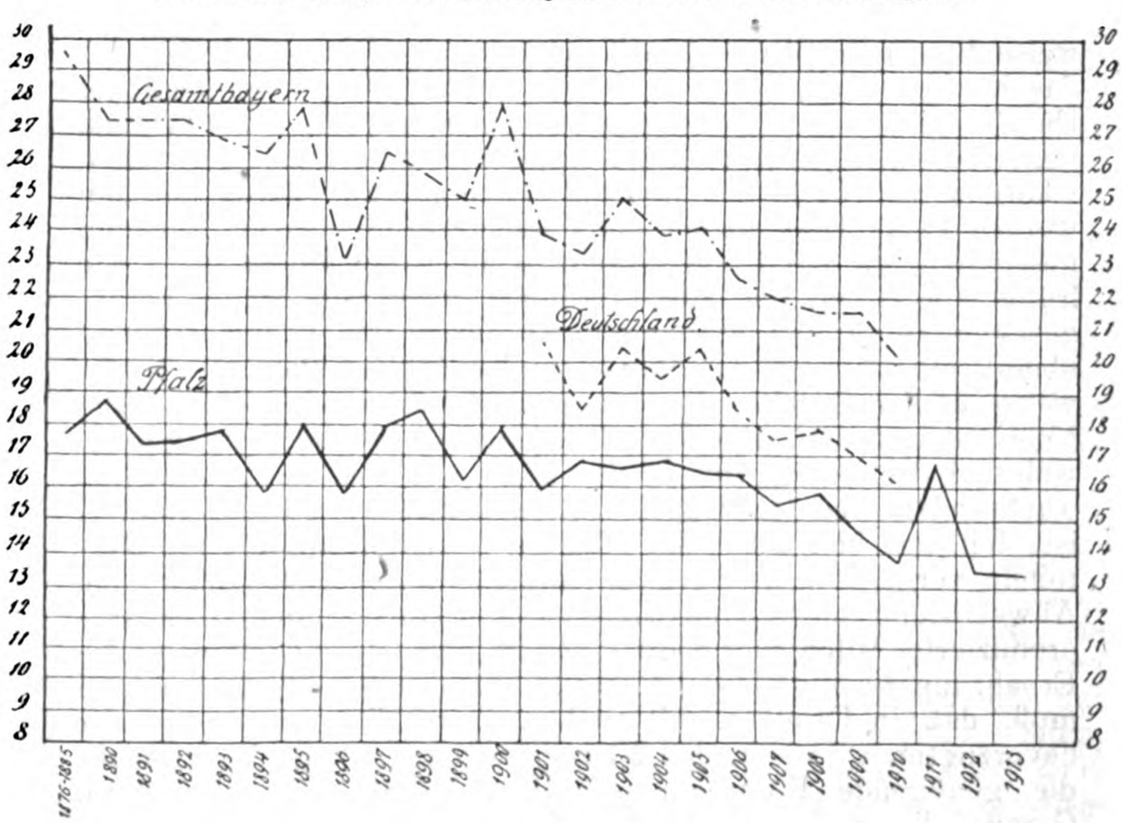
Auf das stetige Herabgehen der Sterblichkeitsziffer brauche ich nicht näher einzugehen; es gilt dies ja nicht nur für die Pfalz und für Bayern, sondern auch mehr oder minder für alle Kulturländer und ist die Folge der zunehmenden besseren Lebenshaltung, der Besserung der Lebensbedingungen, nicht zum mindestens Folge des Fortschrittes der Hygiene und auch der Segnungen der sozialen Gesetzgebung. Wenn aber, wie aus den Zahlen und der Kurventafel ersichtlich ist, die Sterblichkeit in der Pfalz stets niederer bleibt als in Gesamtbayern so dürfte dies doch noch besondere im Lande selbst und den Gepflogenheiten seiner Bewohner liegende Ursachen haben. Zum Teile allerdings muß diese Erscheinung dadurch erklärt werden, daß, wie wir dies gleich nachher sehen werden, bei uns in der Pfalz die Kindersterblichkeit gegenüber Bayern stets eine niedrigere gewesen ist.

Es genügt dies aber nicht, um die Differenz durchweg zu erklären. Die günstige allgemeine Sterbeziffer bei uns dürfte vielmehr weiterhin zu suchen sein in der Gunst des Landes, den guten klimatischen Verhältnissen mit genügenden, aber nicht übermäßigen Niederschlägen und geringeren Temperaturschwankungen, in dem reichen ertragsfähigen Boden und damit vor allem in einer genügend reichlichen und dabei meist vorwiegend vegetabilischen Ernährungsweise. Gerade in dem letzteren Punkte möchte ich ein besonderes Moment der Zählebigkeit unserer Bevölkerung erblicken. Die Ernährung des pfälzischen Volkes muß in der Vorderpfalz wie im Westrich durchweg als eine gute und sicherlich trotz der hervorgehobenen vorwiegend vegetabilischen Ernährungsweise als wenigstens physiologisch genügend bezeichnet werden. Der Fleischgebrauch tritt nicht so sehr in den Vordergrund. Die Durchschnittszahlen des Fleischverbrauches sind niedriger als in Bayern; 1907 kamen im Durchschnitt jährlich auf den Kopf in der Pfalz 38,19 kg, in Bayern 47,50 kg. Wenn man, wie ich es vor Jahrzehnten oft genug getan habe, die Nahrung der pfälzischen Bevölkerung, besonders der arbeitenden, ländlichen wie städtischen, untersucht, so findet man fast durchweg genügenden Kalorienwert. Ich fand Brutto-Kalorienwerte sogar bis zu 4006 (Netto 3712); nur selten und ausnahmsweise sanken diese

I. Allgemeine Sterblichkeit in der Pfalz und in Gesamtbayern.
Es starben auf je 1000 Einwohner:



II. Kindersterblichkeit in der Pfalz, in Gesamtbayern und in Deutschland.
Es starben von je 100 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre:



Werte auf 2474 (bezw. 2293) Kalorien. Die prozentuale Beteiligung des Eiweißes im Kaloriengehalt der Nahrung schwankte dabei Netto zwischen 13,1 und 18,3 %, hierbei ist der Anteil an animalischem Eiweiß, Milch und Käse ausgenommen, meist nicht hoch. Die Fälle mit zu geringen Eiweißmengen, unter 90 g brutto (netto 75) waren selten; nicht häufig auch die Fälle, wo die Nahrung weit über 100 g hinaus an Eiweiß enthielt; es dürfte diese Beobachtung, und dafür bin ich bereits auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg 1893 in einem Vortrage über den Eiweißbedarf des Menschen auf Grund dieser Erfahrungen eingetreten, recht wohl dafür verwertet werden können, daß an der früher von Voit angenommenen und lange zum Teil in mißverständlicher Auffassung von Voits Lehren als notwendig gehaltenen Eiweißmenge von durchschnittlich 118 g nicht festzuhalten sei, unter der Voraussetzung, daß der resorbierbare Gesamtkalorienwert nicht wesentlich oder dauernd unter 3000 sinkt. Bei dieser vorwiegend vegetabilischen und durchschnittlich nicht allzu eiweißreichen Nahrung sieht man die Bevölkerung der Pfalz nicht nur gesund, sondern auch arbeitstüchtig und arbeitslustig; arbeitstüchtig und arbeitslustig ist und war aber von je die pfälzische Bevölkerung. Fröhliche Pfalz! Fröhlich nicht nur bei Festen, sondern auch fröhlich bei der Arbeit.

Allzu großer Wert auf die animalische Nahrung wird eigentlich nur noch von einem Teil der Industriebevölkerung gelegt, vielfach aus mißverständlicher Wertschätzung und mißverständlicher oft unbegreiflicher Nachahmungssucht der Lebensweise Bessergestellter, zum Teil auch aus Mangel an Zeit für das Kochgeschäft, Bequemlichkeit und Unerfahrenheit mancher Hausfrauen, zumal die Zubereitung einer nahrhaften vorwiegend vegetabilischen Kost mehr Mühe, Sorgfalt und Zeit erfordert, während manche Fleischnahrung schon gebrauchsfertig bezogen werden kann. Doch ist auch hier schon Wandlung zum Besseren geschehen, da die Frauen nicht mehr in gleichem Maße wie früher zur Arbeit und zum Verdienst außer dem Hause herangezogen zu werden brauchen und die in zunehmender Weise überall einsetzenden Kochkurse die Kenntnisse über gute Kochweise und rationelle Ernährung zu verbreiten wissen. Ein Uebriges tun auch nach dieser Richtung die hohen Fleischpreise, während der Bezug von in der Pfalz reichlich und vorzüglich wachsenden vegetabilischen Nahrungsmitteln sehr erleichtert ist; ich darf hier nicht die billigen, vorzüglichen Pfälzer Kartoffeln vergessen, die für viele einfache Landleute tagelang ohne Abwechslung mit teuerem Fleisch, unter Hinzufügung von selbstproduzierter Milch oder Käse, eine ausreichende und bekömmliche Ernährungsweise bilden, während man anderseits beobachten muß, daß in Familien mit nicht hohem Einkommen, bei der bevorzugten vorwiegenden Fleischnahrung auf die Dauer nicht die genügende Kalorienmenge dem Körper zugeführt wird. Gerade dieser Umstand, die Tatsache des Mißverhältnisses

zwischen genügenden Einkommen und den hohen Fleischpreisen veranlaßt mich, es laut zu betonen, daß der größte Teil der pfälzischen Bevölkerung sich in genügender Weise mit vorwiegend vegetabilischer Nahrung ernährt und ernähren kann und dabei gesund und leistungsfähig bleibt.

Dazu kommt, obgleich vielfach die entgegengesetzte Annahme verbreitet ist, daß die pfälzische Bevölkerung im allgemeinen, was den Alkoholgenuß betrifft, eine nüchterne ist und Alkoholmißbrauch nicht allzu oft beobachtet wird. Der Durchschnitt der Bevölkerung huldigt zwar häufig genug einem regelmäßigen, aber nur mäßigen Alkoholgenuß im Gebrauch eines guten, der Gesundheit zuträglichen Weines; dies gilt nicht nur von der Hinterpfalz, sondern auch von der Vorderpfalz, der Region der ausgedehnten Weingefilde. Nur ausnahmsweise sieht man hier, so vielleicht bei der reinen Winzerbevölkerung, den Quantitäten huldigen, allerdings bei einem Weine, der als „Haustrunk" für diese Zwecke besonders hergerichtet, nicht allzu alkoholreich ist und der getrunken wird während anstrengender Arbeit, in Sonne, Luft und Licht. So kommt es, daß auch der Nachteil der hier beliebten Quantitäten nicht so augenfällig wird, wie dies seinerzeit verschiedene Statistiken pfälzischer Aerzte (Kaufmann, Schäfer) nachzuweisen versuchten.

Die Abstinenzbewegungen finden somit auch in der Pfalz keinen besonderen Boden; es bedarf auch dessen nicht. Die Hygiene braucht nach meiner Meinung und nach meinen Erfahrungen bei dem normalen Menschen, normal an Geist und Körper, die Abstinenz nicht zu predigen, umsomehr aber die Temperenz; dieser huldigt der Pfälzer jedoch schon von jeher in der gesunden Auffassung, daß ein Gläschen guten Weines, auch regelmäßig getrunken, der Gesundheit keinen Abtrag bringe, sondern diese nur fördere. Also in der Gunst des Klimas, der Fruchtbarkeit des Bodens und somit einer ermöglichten guten und im allgemeinen richtigen Ernährungsweise sowie in dem mäßigen, wenn auch manchmal regelmäßigen, dem Körper in seiner geringen Menge nicht zum schädigenden Ballast werdenden gesunden alkoholischen Getränkes und besonders auch in der Regsamkeit der Bewohner möchte ich im allgemeinen die Gründe einer stetig geringeren Sterblichkeit bei uns suchen.

Was nun die Kindersterblichkeit betrifft, so kann auch diese in der Pfalz nicht als hoch bezeichnet werden; sie ist insbesondere wesentlich niederer als in den anderen bayerischen Regierungsbezirken. Die Zahl der Kinder, die, auf je 1000 Einwohner berechnet, das erste Lebensjahr überlebten, schwankte in der Pfalz in dem Zeitraum von 1835—1904 zwischen 31 und 34. Zum Vergleich führe ich die diesbezüglichen Zahlen für die jenseitigen Kreise Bayerns an:

Oberbayern	20—26	Mittelfranken	22—30
Niederbayern	21—28	Unterfranken	24—32
Oberpfalz	23—31	Schwaben	22—29
Oberfranken	24—31		

Es starben von je 100 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre in der Zeit von 1876—1885 in der Pfalz durchschnittlich 17,7 mit Schwankungen von 12,8 bis 24,6, und in Gesamtbayern in der gleichen Zeit durchschnittlich 29,3 mit Schwankungen bis zu 48,4. Für die Zeit von 1886 bis 1906 betrugen die Schwankungen in der Pfalz zwischen 12,3 und 24,7, während in Gesamtbayern diese Schwankung bis 45,8 hinaufging.

Was die neuere Zeit betrifft, so starben von je 100 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre (siehe auch graphische Darstellung II auf S. 631):

	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897
Pfalz	18,8	17,4	17,5	17,9	15,9	18,2	15,8	18,0
Gesamtbayern	27,4	27,4	27,4	26,9	26,6	27,8	23,2	26,4
	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905
Pfalz	18,4	16,8	18,0	15,9	16,9	16,7	16,9	16,6
Gesamtbayern	25,9	25,1	27,8	23,9	23,3	25,0	23,9	24,1
Deutsches Reich	—	—	—	20,7	18,3	20,4	19,6	20,5
	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Pfalz	16,6	15,6	15,9	14,7	13,9	16,9	13,5	13,4
Gesamtbayern	22,7	22,0	21,7	21,7	20,2	—	—	—
Deutsches Reich	18,5	17,6	17,8	17,0	16,2	—	—	—

Die Pfalz hat also weit zurück eine verhältnismäßig niedrigere Sterblichkeit, so weit zurück, als dies zu verfolgen mir möglich war. Die Kindersterblichkeit ist hier fortgesetzt nicht bloß niedriger als in Gesamtbayern, sondern auch, wie wir dies beim Vergleich in den Jahren 1901 bis 1910 ersehen, auch ständig günstiger als in ganz Deutschland. Das muß seine besonderen Gründe haben. Der Hauptgrund ist darin zu erblicken, daß in der Pfalz mehr wie sonst die Uebung besteht, die Kinder an der Mutter Brust zu nähren. Wir haben mit kleinen Schwankungen fast überall über 90%, nirgends unter 84,5% Brustkinder; in einigen Bezirken sind es fast alle — Kirchheimbolanden: 97,69%, Rockenhausen sogar 98,4%. Vielfach allerdings ist solche Ernährung nur für kürzere Zeit möglich; als Ersatznahrung ist dann aber meist Kuh- oder auch Ziegenmilch üblich, die wenigstens in den ländlichen Bezirken, mehr in der Hinter- wie in der Vorderpfalz, in guter Qualität leicht zu beschaffen ist.

Die niedrigste Kindersterblicheit unter den pfälzischen Bezirken haben wir in der Hinterpfalz, so z. B. in Kirchheimbolanden (1913: 10,7%) und Rockenhausen (1913: 10,8%); selbst in den Industriestädten der Hinterpfalz ist die Sterblichkeit geringer (St. Ingbert 1913: 12,12%, Pirmasens: 13,8%) als selbst in ländlichen Bezirken der Vorderpfalz (Germersheim: 15,5%).

In der Vorderpfalz ist die Kindersterblichkeit fast durchweg größer, besonders in den größtenteils in oder an den Rhein-

niederungen gelegenen Bezirken Germersheim, Speyer, Ludwigshafen, Frankenthal. Hier summieren sich mit der wärmeren Lage und den im Sommer häufig genug recht schwülen Tagen die Nachteile der Industriestädte: erschwertere Beschaffung guter Milch und vielfach beengte Wohnungen. So darf es nicht Wunder nehmen, daß diese Bezirke fortgesetzt den höchsten Prozentsatz der Kindersterblichkeit in der Pfalz zeigen: Speyer im fünfjährigen Durchschnitt 1900—1904 noch den höchsten mit 25 %, auch 1912 noch den höchsten mit 17,75 %, und Ludwigshafen (1900—1904 noch 22,2 %) 1913 mit Frankenthal (1900—1904: 18,4 %) den höchsten mit jetzt 16,3 % und dies, obwohl man nicht sagen kann, daß hier die Stillfähigkeit der Frauen wesentlich geringer ist als durchschnittlich im Westrich; betrug diese doch für Ludwigshafen im Jahre 1913: 95,0 %. Germersheim hat zwar gleichfalls eine hohe Kindersterblichkeit (1900—1904: 19,3 %, 1913: 15,5 %), die sich jedoch den vorgenannten Bezirken gegenüber etwas niedriger stellt; der Bezirk liegt unter ähnlichen klimatischen Verhältnissen wie die vorgenannten Bezirke; er hat keine wesentliche Industrie, meist ländliche Verhältnisse mit erleichtertem Milchbezug, Stillfähigkeit der Frauen (1913: 97 %). Hier kann nur die weniger günstige klimatische Lage und damit die leichtere Verderblichkeit der Milch als ein die Kindersterblichkeit ungünstig beeinflussender Faktor wirken, zumal die übrige Pflege der Kinder keine von den im ganzen guten Pflegegewohnheiten in der Pfalz abweichende ist.

Wir sehen also, daß die Höhe der Kindersterblichkeit in der Pfalz im wesentlichen beeinflußt ist einmal durch die Höhe der Stillfähigkeit der Frauen, dann aber auch durch die erleichterte Möglichkeit der Beschaffung und Erhaltung einer guten Kindermilch. Aus diesen Erfahrungen heraus erwuchs für uns das Bestreben in der Säuglingsfürsorge, die ja auch in der Pfalz recht intensiv in all ihren Formen, hier mehr, dort weniger ausgeübt wird, auch die Einrichtung von Milchküchen zu betreiben zur erfolgreichen weiteren Verminderung der Kindersterblichkeit, hauptsächlich in der Vorderpfalz und in den Industriebezirken der Pfalz. Gern geben wir der bayerischen Zentrale für Säuglingsfürsorge zu, daß es vor allem darauf ankommt, die Frauen zum Stillen ihrer Kinder zu erziehen; dies geschieht jedoch bei uns schon ausgiebig; denn höher hinauf als bis zu 97 und 98 % Stillfähigkeit werden wir die Frauen kaum bringen. Deshalb gilt es, auch für die Kinder zu sorgen, die nicht oder nicht lange genug an der Mutterbrust ernährt werden können. Das ist der Grund, warum wir in der Pfalz soviel Wert auf die Errichtung von Milchküchen legen; wir hoffen, daß dies auch in Zukunft geschehen kann und hoffen weiter, daß auch die bayerische Zentrale für Säuglingsfürsorge diese Notwendigkeit für uns in der Pfalz anerkennen möge.

Es war mir bis jetzt möglich, einige Lichtseiten in den gesundheitlichen Verhältnissen und Ergebnissen der Pfalz

vor Augen zu führen; allein wir haben hier nicht nur Licht, wir haben auch Schatten. Wenn auch die allgemeine Sterblichkeit und insbesondere die Kindersterblichkeit bei uns nicht ungünstig und fortgesetzt niederer ist als in Gesamtbayern, so ist dies anderseits nicht in gleicher Weise der Fall bezüglich der Infektionskrankheiten und insbesondere bezüglich zweier Infektionskrankheiten, deren Vorkommen in der Pfalz ich kurz vorzuführen gedenke und die vielfach als Gradmesser guter oder schlechter hygienischer Verhältnisse und Einrichtungen angesehen zu werden pflegen. Ich meine die Tuberkulose und den Typhus; beide Krankheiten sind in der Pfalz stark verbreitet gewesen und sind es zum Teil auch jetzt noch, ja das Vorkommen des Typhus mußte bei uns geradezu als endemisch bezeichnet werden.

Bezüglich der Tuberkulose ist zu bemerken, daß sie bis in die jüngste Zeit, trotz erfreulichen Rückgangs, wie überall so auch in der Pfalz, noch häufiger vorkommt als in Gesamtbayern und damit auch in Gesamtdeutschland. Das Jahr 1888 zeigt uns in der Pfalz eine Sterblichkeit von 37 und in Gesamtbayern von 33 und in Deutschland von 31 auf je 10000 Einwohner. Bis zum Jahre 1906 sind diese Zahlen zurückgegangen in der Pfalz auf 29,5, in Gesamtbayern auf 26,6 und in ganz Deutschland auf 19. Zwischen Bayern und der Pfalz war also eine Spannung von 4 bezw. 2,9 auf 10000 Einwohner, zwischen Gesamtdeutschland und Pfalz sogar eine Spannung von 6 bezw. 10,5. Im Jahre 1910 betrugen die Zahlen für die Pfalz: 23,1 und für Gesamtbayern: 22,3; die Spannung betrug also nur noch 0,8 ‱. In der Pfalz ist die Sterblichkeit bis zum Jahre 1913 noch weiter zurückgegangen auf 18,8 ‱.

Folgendes sind die vergleichenden Ziffern zwischen Pfalz und Gesamtbayern (s. auch die graphische Darstellung III auf S. 637):

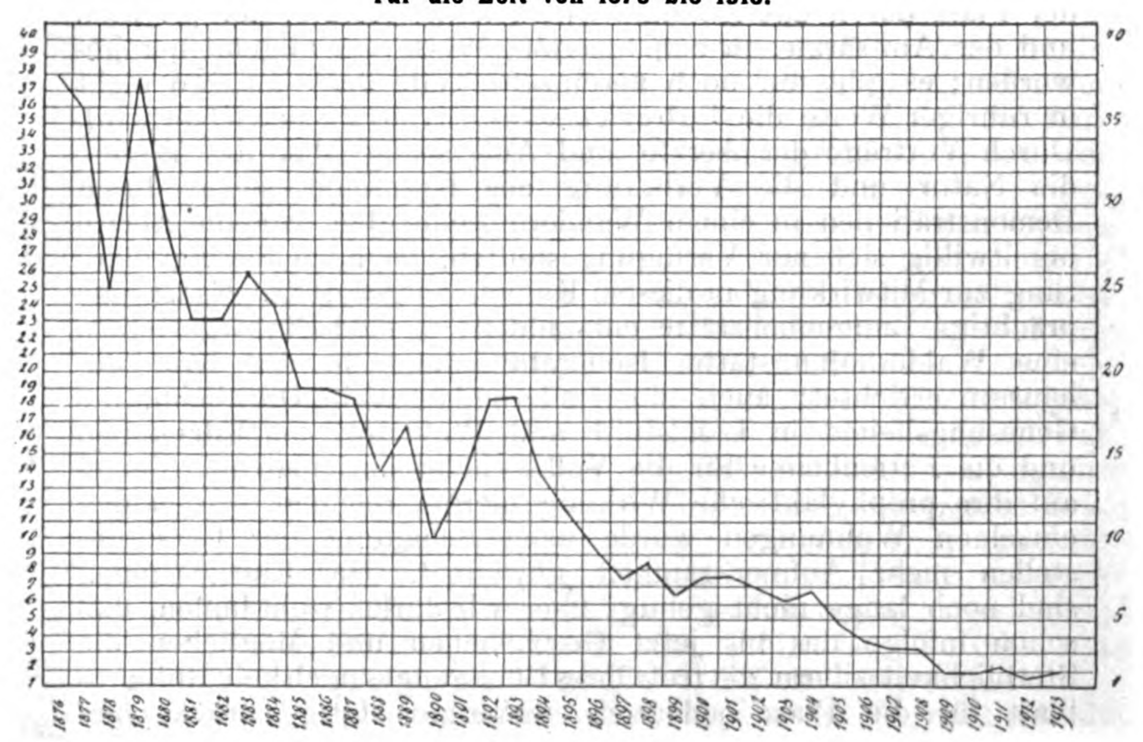
	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895
Pfalz . . .	37,1	39,9	39,30	36,95	33,12	34,87	34,24	35,37
Gesamtbayern	33,4	31,54	33,53	32,91	30,97	31,45	31,16	31,18
	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903
Pfalz . . .	31,91	33,28	30,19	29,9	30,75	31,24	31,13	30,6
Gesamtbayern	29,52	30,23	28,14	28,4	28,87	28,70	27,9	27,8
	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911
Pfalz . . .	30,24	29,78	29,56	26,1	25,4	24,4	23,1	22,2
Gesamtbayern	27,31	28,42	26,65	25,0	24,8	23,4	22,3	—
	1912	1913						
Pfalz . . .	20,5	18,8						
Gesamtbayern	—	—						

Die hauptsächliche Ursache des lange Zeit hindurch überwiegenden Vorkommens der Tuberkulose in der Pfalz gegenüber Gesamtbayern ist m. E. zu suchen in der stärkeren industriellen Entwicklung und dem verhältnismäßig rasch erfolgten Uebergang von einem vorwiegend agrarischen zu einem Industrie-

III. Von je 10 000 Einwohnern starben an Tuberkulose in der Pfalz und in Gesamtbayern in den Jahren 1888 bis 1913:



IV. Typhus-Sterblichkeit in der Pfalz auf je 100 000 Einwohner für die Zeit von 1876 bis 1913.



völke, sowie in der daraus resultierenden rasch zunehmenden Wohnungsdichtigkeit, da die Errichtung von Wohnungen nicht gleichen Schritt halten konnte mit der großen, in den Industriezentren sich sammelnden Arbeiterbevölkerung. Die Wohnungsschäden mußten sich um so mehr zeigen, als zur Zeit der stärksten Entwicklung der Industrie in der Pfalz infolge der lange noch geltenden freieren französischen Gesetzgebung noch keine Bauordnung wie in Bayern bestand — wir erhielten eine solche erst im Jahre 1901 — und auch keine eigentliche Wohnungsaufsicht, die erst jetzt auch bei uns in segensreicher Weise gehandhabt wird. Solange die agrarische Bevölkerung, wie ich dies bereits eingangs bemerkt habe, in der Mehrzahl war, konnte nur ausnahmsweise von einer starken Wohnungsdichtigkeit gesprochen werden; die Wohnungsverhältnisse waren im allgemeinen gut und wenigstens räumlich genügend, wenn sie auch sonst oft manches zu wünschen übrig ließen. Demgemäß ist und war das Vorkommen der Tuberkulose am stärksten in den größeren Industriestädten Frankenthal, Pirmasens, Ludwigshafen, St. Ingbert, auch in Speyer und fernerhin in einigen wenn auch mehr ländlichen Bezirken mit starker Steinhauerindustrie wie Dürkheim (Grethen, Hardenburg), Rockenhausen und Kusel.

War nun auch vorher schon allgemein ein geringer Rückgang erfolgt infolge Besserung der allgemeinen Verhältnisse besonders der zunehmenden Wohnungsfürsorge und als Wirkung der sozialen Gesetzgebung, so erfolgte doch der stärkere Rückgang der Tuberkulose erst von der Zeit ab, als man begann, in zielbewußter Weise den neuzeitlichen Kampf auch gegen diese Krankheit allgemein aufzunehmen. Dieser Kampf ist in der Pfalz durch das Zusammenwirken der Aerzte, der privaten und der Amtsärzte, in zunehmender Weise ein allgemeiner geworden; es gibt nur noch vereinzelte Teile der Pfalz, wo nicht in rühriger Weise die Tuberkulose-Fürsorge betrieben wird. Durch Vorträge der Aerzte und Aufklärung über das Wesen, die Natur und die Verhütung der Krankheit sowie durch Demonstrationen in einem Wandermuseum, bei dem die Aerzte bereitwillig sich zur Verfügung stellten, ist auch die Bevölkerung zur Mitwirkung in diesem Kampfe aufgerüttelt. Es ist eine prächtige Lungenheilstätte entstanden; es sind Fürsorgestellen, eine Walderholungstätte, Isolierabteilungen in den Krankenhäusern errichtet; auch die Kinderheilstätte in Dürkheim, die Genesungsheime in Landstuhl und Waldhaus bei Edenkoben und die Ferienheime für die Volksschüler darf man mit Bezug auf ihre prophylaktische Wirkung hierher rechnen. Auch den einzelnen Wohnungen wurde nach Schaffung der Fürsorgestellen mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Der Einrichtungen sind noch lange nicht genug; aber wir dürfen wohl hoffen, daß schon infolge des bis jetzt Geschehenen und Möglichen die Sterblichkeitsziffern, die trotz ihres Rückganges noch kein Ruhmesblatt für die Pfalz bedeuten, weiterhin stetig zurückgehen

werden, besonders wenn der bisher entfaltete Eifer der Aerzte und Behörden in den Bekämpfungsmaßnahmen nicht nachlassen wird.

Die andere Infektionskrankheit, über die ich noch einige Worte sprechen möchte, ist der Typhus, der in der Pfalz von jeher sehr verbreitet gewesen zu sein scheint. Nach den älteren, allerdings bezüglich der Diagnose der Erkrankung nicht ganz einwandfreien Aufzeichnungen starben in den 1860er und zu Anfang der 1870er Jahre, also in der Zeit vor und nach dem großen Kriege jährlich 447 d. h. 72 von je 10000 Einwohnern in der Pfalz an Typhus, in den Jahren 1872/75 waren es jährlich 61,8 ‰. Zuverlässigere Angaben über Morbilität und Mortalität sind erst seit 1875 vorhanden, nachdem seit diesem Jahre auf Anregung des damaligen Kreismedizinalrates der Pfalz mit Hilfe der Bezirksärzte und dem Vereine der pfälzischen Aerzte soviel wie möglich — vor dem Jahre 1891 bestand ja keine Anzeigepflicht der einzelnen Erkrankungen — dem Vorkommen des Typhus nachgegangen worden ist. Die Zahlen für die einzelnen Jahrgänge seit dieser Zeit sind in der nachstehenden Tabelle (s. S. 640) enthalten; siehe außerdem die graphische Darstellung auf S. 637.

An Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheit hat es bei uns wohl nie gefehlt. Bezüglich der Art der Bekämpfung sind aber zwei Zeiträume zu unterscheiden, die durch das Jahr 1903 voneinander getrennt sind.

Die Maßregeln, die in den Jahren 1875 bis 1903 zur Bekämpfung des Typhus getroffen wurden, beruhten großenteils und anfangs ausschließlich auf der herrschenden lokalistischen, durch die Pettenkofersche Schule vertretenen Auffassung über die Epidemiologie der Krankheit. Zwar ist in der Pfalz in Wort und Schrift schon frühzeitig die Ansicht geäußert worden, daß durch jene Anschauung allein die Verbreitung des Typhus bei uns sich nicht erklären lasse; insbesondere wurde an der Hand von Epidemien zu Ende der 1880er Jahre ziemlich scharf dafür eingetreten, daß der Typhus in nicht wenigen Fällen auch durch Kontakt sich zu übertragen scheine. Aber die Annahme, daß das Typhusgift nicht oder wenigstens nur ausnahmsweise reif und zur Ansteckung tüchtig den erkrankten Mensch verlasse und so zur unmittelbaren Ansteckung Anlaß gebe, daß es vielmehr eine ektogene Umwandlung zur virulenten Reife durchmachen müsse, war doch so stark verbreitet und eingewurzelt, daß sie durchgreifende Maßnahmen im jetzigen Sinne nicht aufkommen ließ. Die Maßnahmen waren daher auch in erster Linie auf möglichste Verbesserung der Wohnungen, der Abort- und Abwasserverhältnisse, auf die Sorge für gutes Trink- und Nutzwasser gerichtet; nach dieser Richtung war in der Pfalz bereits vor dem Jahre 1903 so manches geschehen. Schon unter diesen allgemeinen Assanierungsbestrebungen allein, in Verbindung mit

V. Typhus-Erkrankungen in der Pfalz während der Jahre 1876—1913.

Jahr	Angezeigt bezw. bekannt gewordene Typhus-Erkrankungen	Auf je 100 000 Einwohner in der Pfalz.		
		sind erkrankt	sind gestorben	
1876	421	66	38,0	
1877	560	87	36,0	
1878	657	103	25,0	1876/80 : 32,9
1879	767	114	38,0	
1880	833	122	29,0	
1881	546	80	23,0	
1882	414	62	23,0	
1883	622	92	26,0	1881/85 : 22,9
1884	606	89	24,0	
1885	510	75	19,0	
1886	736	106	19,0	
1887	761	109	18,5	
1888	539	77	14,0	1886/90 : 15,6
1889	733	105	17,0	
1890	560	78	10,1	
1891	567	78	13,9	
1892	1017	139	18,5	
1893	720	99	18,6	1891/95 : 14,9
1894	547	75	13,9	
1895	505	65	11,5	
1896	312	40	9,2	
1897	297	38	7,5	
1898	572	73	8,5	1896/1900 : 8,0
1899	363	47	6,5	
1900	372	45	7,6	
1901	296	37	7,6	
1902	197	24	7,0	
1903	381	46	6,2	1901/05 : 6,6
1904	924	104	6,7	
1905	577	65	4,9	
1906	385	45	3,8	
1907	253	28	3,2	
1908	234	26	3,1	1906/10 : 3,0
1909	138	15	1,9	
1910	153	16	1,9	
1911	202	21	2,1	
1912	174	18	1,5	1911/13 : 1,8
1913	140	15	1,9	

dem gleichzeitigen Einfluß der Besserung aller Lebensverhältnisse und der gesamten Lebenshaltung während des letzten Viertels des vorigen Jahrhunderts und mit dem auch nach dieser Richtung nicht gering anzuschlagenden Einflusse der sozialen Gesetzgebung und der Krankenfürsorge mit der erleichterten Möglichkeit der Unterbringung der Erkrankten in gut eingerichtete Krankenhäuser hatte, wie dies auch die Zahlen der Morbilität und Mortalität in der Uebersicht zeigen, der Typhus in der Pfalz bereits vor dem Jahre 1903 einen, wenn auch nicht immer stetigen, doch schon ziemlich starken Rückgang erfahren, ohne besondere polizeiliche Maßnahmen im engeren Sinne. Soweit derartige Maßnahmen überhaupt angeordne wtaren, waren sie bei der unsicheren und noch ge-

ringen Kenntnis von dem wirklichen Wesen des Ansteckungsstoffes und weiterhin auch nach der Entdeckung des Eberthschen Bacillus mangels genaueren Einblickes in seine Biologie und besonders in sein Verhalten in epidemiologischer Beziehung keineswegs systematisch, zielbewußt und durchgreifend. So wagten sich lange Zeit Vorschriften über die Absonderung der Typhuskranken entsprechend der herrschenden Ansicht über die Nichtkontagiosität der Erkrankungen nur schüchtern an das Tageslicht. Sah man doch in damaliger Zeit nicht selten sogar in Krankenhäusern und Kliniken die an Typhus Erkrankten mit anderen Kranken im gleichen Raume untergebracht. Etwa geübte Desinfektionsmaßnahmen waren jedenfalls äußerst unvollkommen. Eine Vernichtung des Typhusgiftes an der Quelle, am Orte seiner Entstehung konnte übrigens schon um deswillen nicht durchgeführt werden, weil man diese Quellen anderswo wähnte, als wo sie allein waren: beim infizierten Menschen und dessen Abgängen. Immerhin waren die damaligen Assanierungsbestrebungen und Verbesserungen der gesundheitlichen Verhältnisse überhaupt größtenteils auf das Bestreben zurückzuführen, das Typhusgift wenigstens von Menschen fernzuhalten.

Im Laufe der Zeit hatte sich übrigens auch bei unseren Aerzten die Erkenntnis der von Robert Koch als richtig erkannten Tatsache durchgerungen, daß nur im Menschen das Typhusgift gedeihe und zwar bis zur virulenten Reife ohne noch weiterhin eines ektogenen Reifungsprozesses zu bedürfen, und daß nur vom Menschen die Verbreitung des Typhus ausgehe, sei es durch unmittelbaren Kontakt, sei es mittelbar erst auf dem Umwege durch infizierte Nahrungsmittel, Wasser, Milch, Gebrauchsgegenstände usw. Als daher im Jahre 1903 die Typhusbekämpfung in der Pfalz durch den Anschluß an die gemeinsame Bekämpfung im Südwesten des Reichs in eine Phase trat, in der nicht nur die allgemeinen Assanierungsbestrebungen betrieben wurden, sondern vor allem auch und in erster Linie das Typhusgift am Orte seiner Entstehung vernichtet werden sollte — wesentlich nach Bestimmungen wie sie jetzt für das ganze Königreich gelten und auf die ich daher auch, weil bekannt, nicht näher hier einzugehen brauche, — gab es unter den Aerzten der Pfalz nur noch wenige eingefleischte Vertreter der älteren Pettenkoferschen Anschauungen über die Epidemiologie der Erkrankung. Die angeordnete moderne Bekämpfungsweise, deren Angriffspunkt also in erster Linie der infizierte Mensch ist, seine Umgebung und alles, wohin auf irgendeine Weise die nur vom Menschen herrührenden Krankheitserreger gelangen, fand somit, trotz einiger Schwierigkeiten in der Durchführung im ganzen rasch Anklang bei den Aerzten.

Die sich ergebenden Schwierigkeiten lagen nur noch bei einem Teile der Bevölkerung, besonders auf dem Lande, wo man früher, was medizinalpolizeiliche Angelegenheiten betrifft, mehr an ein Gehenlassen oder wenigstens an eine sehr gelinde

Handhabung gewöhnt war, und wo man gegenüber den jetzt durchgreifenden, manchmal recht tatkräftig betriebenen Maßnahmen hie und da störrisch und ungehalten wurde und diese Maßnahmen anfänglich nur ungern über sich ergehen ließ. Es dauerte aber nicht lange, bis man, die Segnungen des Verfahrens anerkennend, willig entgegenkam.

Schwierigkeiten, die sich anfangs durch eine nicht immer vorhandene Uebereinstimmung in den Ansichten des behandelnden Arztes, des Amtsarztes und der Aerzte der Station ergaben, waren bald beseitigt, hauptsächlich mit Hilfe des in der Pfalz sehr entwickelten ärztlichen Vereinslebens. Ohne Frage ist der auf solche Weise erfolgten gegenseitigen Aussprache und Aufklärung die eifrige Mitarbeit der Aerzte und damit ein großer Teil der erzielten Erfolge zu danken.

Wie sind nun in der Pfalz die Erfolge der systematischen gemeinsamen Typhusbekämpfung seit dem Jahre 1903?

Der Haupterfolg liegt nach meiner Ansicht darin, daß die jetzt geübte Typhusbekämpfung ganz wesentlich dazu beigetragen hat, das schon vorher begonnene Werk der allgemeinen Besserung der hygienischen Verhältnisse der Pfalz mit größerer Geschwindigkeit vorwärts zu bringen. Das nach erfolgter Anzeige der Erkrankung oder des Krankheitsverdachtes vorgeschriebene Ermittelungsverfahren an Ort und Stelle brachte dem Amtsarzte vielfach Kenntnis von hygienischen Mißständen der verschiedensten Art, die vorher nicht oder vielfach erst zu spät bekannt geworden sind, deren Beseitigung unter dem Hochdrucke der getroffenen Anordnungen jetzt viel leichter möglich war als früher, und zu deren Abstellung die maßgebenden Persönlichkeiten in den einzelnen Orten und Private, wenn auch vielfach nach anfänglichem Widerstreben, sich jetzt leichter bewegen ließen.

So ist, was früher besonders im argen lag, allmählich, wenn auch noch lange nicht in genügender Weise eine Besserung in der Behandlung der menschlichen Abfälle und der Abwässer zustande gekommen; es wird zunächst jetzt mehr Sorgfalt auf Verwahrung der Dung- und Abortgruben verwendet. Geht es auch noch langsam mit der Durchführung der Kanalisation der Städte und mit der Klärung der Abwässer, so ist doch in dieser Zeit viel geschehen; die erste derartige städtische Anlage (Schwemmkanalisation mit Klärung durch Emscher Brunnen) ist in Frankenthal durchgeführt; in Ludwigshafen, Speyer, Neustadt sind solche Anlagen in greifbare Nähe gerückt; auch Kaiserslautern, Dürkheim, Zweibrücken werden folgen. Landau, das eine gute einheitliche Abwasserkanalisation schon seit zwei Dezennien hat, ist ebenfalls im Begriffe, eine Schwemmkanalisation mit Klärung einzurichten. Allerdings, weil lauter Millionenprojekte, gedeihen diese etwas langsam, und es ist dies vielleicht noch nicht einmal so sehr zu bedauern, zumal die Frage der Klärverfahren verhältnismäßig zu wenig abgeschlossen ist

und wir uns diesbezüglich in einer Periode der Entwicklung befinden. Für einfache Abwasserkanalisation verschiedener kleiner Städte und Orte war von 1903 bis 1911 schon die Summe von 914054 M. aufgewendet worden.

Am größten waren die Fortschritte in der Wasserversorgung während der Zeit der Typhusbekämpfung. Die erste zentrale Wasserleitung in der Pfalz überhaupt wurde in Neustadt schon im Jahre 1869 errichtet; die übrigen folgten in der Zeit von 1879 ab. Im Jahre 1900 waren im ganzen 124 vorhanden. Von da ab mehrten sie sich etwas rascher; immerhin bestanden bis zum Jahre 1903, in dem die gemeinsame Typhusbekämpfung begann, im ganzen erst in 175 = 24,07 % der 708 Gemeinden der Pfalz zentrale Wasserversorgungen. Seit dieser Zeit sind bis 1. April 1914 242 weitere errichtet worden, so daß jetzt 417 in Tätigkeit sind; rechnen wir dazu, daß 69 in Vorbereitung oder Ausführung sind, so dürfen wir sagen, daß in absehbarer Zeit 486 zentrale Wasserleitungen vorhanden und dann 68,6 % d. h. mehr als $^2/_3$ der Ortschaften der Pfalz in dieser Weise mit Wasser versorgt sein werden. Der Kostenaufwand dafür betrug von 1903 bis 1. Dezember 1911 7094093 M. und dürfte bis jetzt rund 9 Millionen betragen.

Ich muß es mir versagen, im einzelnen auf weitere Errungenschaften im Sanitätswesen als Frucht unserer Typhusbekämpfung hier näher einzugehen. Hervorheben aber muß ich, daß während dieser Zeit das Desinfektionswesen bei uns so ziemlich ausgebaut wurde. Schon bevor die neueren bayerischen Verordnungen über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten und das Desinfektionswesen gekommen waren, hatte sich die Bevölkerung daran gewöhnt, außer bei Typhus freiwillig Desinfektion auch bei solchen Krankheiten vornehmen zu lassen, wo bis dahin die Desinfektion noch nicht vorgeschrieben war. Infolgedessen war auch die Einführung der neuen Verordnungen bei uns eine erleichterte.

Eine hochwichtige Errungenschaft der Typhusbekämpfung muß ich noch besonders erwähnen: die ursprünglich nur für diesen Zweck 1903 eingerichtete bakteriologische Untersuchungsstation in Landau. Sie brachte und bringt den Aerzten stets Beihilfe und Aufklärung nicht nur in der bakteriologischen, sondern gar oft auch in der pathologisch-anatomischen Diagnosestellung auch bei anderen Krankheiten. Durch dieses Entgegenkommen trug sie dazu bei, selbst die weniger willigen Aerzte der Pfalz nicht allein für die Ziele der Typhusbekämpfung, sondern auch für sanitäre Betätigung im allgemeinen zu gewinnen. Daß sie uns weiterhin erhalten blieb für die Zwecke aller übertragbaren Krankheiten, weiß die gesamte Aerzteschaft der Pfalz, ich kann sagen, weiß die ganze Pfalz der Königl. Staatsregierung großen Dank. Das brachte die Aerztekammer, brachte der Verein der Pfälzischen Aerzte

und besonders auch der Landrat der Pfalz werktätig in seiner letzten Tagung zum Ausdruck.

Betrachtet man die Erfolge mit Bezug auf den Rückgang der Typhuserkrankungen in dem Zeitraum von 1903 bezw. 1904 bis jetzt (siehe auch graphische Darstellung IV auf S. 637 und Tabelle V auf S. 740), so kann man diese als bedeutend bezeichnen. Die Zahl der Typhuserkrankungen ist von 924 im Jahre 1904 d. h. 104 auf je 100 000 Einwohner auf 140 = 15 $^0/_{0000}$ im Jahre 1913 zurückgegangen. Der Rückgang erfolgte dabei weniger sprungweise wie früher, sondern mehr stetig und gleichmäßig. Diese Abnahme tritt besonders deutlich bei den Todesfällen zutage. Das Jahr 1904 hatte noch eine Sterblichkeit von 7,4 $^0/_{0000}$; das Jahr 1913 nur mehr eine solche von 1,9 $^0/_{0000}$. Diese Zahlen beruhen nicht mehr auf Zufall, zumal bei dem geübten Ermittelungsverfahren nicht so leicht wie vor 1913 so manche Erkrankungsfälle unbekannt bleiben konnten.

Der Rückgang des Typhus zeigt sich aber nicht nur in der Zahl der Erkrankungen und damit der Todesfälle, sondern auch, und das ist ganz wesentlich, in der Zahl der befallenen Ortschaften. Von 1875 bis 1903 waren von den 708 Ortschaften der Pfalz nur 62 ist 8,8 $^0/_0$ freigeblieben, befallen also 91,2 $^0/_0$. Da konnte, da mußte man allerdings von endemischem Typhus in der Pfalz sprechen. Die Erfahrung hat uns jedoch seit dieser Zeit gelehrt und klar vor Augen geführt, daß diese Endemie nicht so sehr, wie früher angenommen, in der Beschaffenheit der Gegend und der Oertlichkeit, sondern zumeist in dem Zustande einzelner Menschen lag, der Bazillenträger, deren Dasein man jetzt erst kennen lernte. Im Jahre 1904 waren von Typhus befallen noch 185 Orte = 26,1 $^0/_0$; im Jahre 1913 waren es nur mehr 51 = 7 $^0/_0$ der Ortschaften. Die Typhusträger, deren wir zur Zeit (Ende Juni) in der Pfalz 106 in 54 Ortschaften (hiervon allein 26 in den Anstalten Klingenmünster und Frankenthal) kennen und so weit wie möglich überwachen, sind tatsächlich noch im wesentlichen die Ausgangspunkte neuer Typhuserkrankungen und gelegentlicher Epidemien. Der Kampf gegen den Typhus spitzt sich bei uns jetzt zu zum Kampf gegen die Typhusträger; erst wenn wir dieser Herr werden, wird der endemische Typhus bei uns ganz verschwunden sein. Am besten können wir dies an unseren großen Kreisanstalten sehen: In Frankenthal und Klingenmünster hat früher fortgesetzt der Typhus geherrscht; diese Anstalten hiervon frei zu machen und hiervon frei zu halten, ist unter der Herrschaft der lokalistischen Anschauungen, die den Ausgangspunkt der Erkrankungen in dem Boden, dem Untergrunde des Gebäudes, im Gebäude selbst, in Zwischenfüllungen suchten, trotz oft recht kostspieliger Maßnahmen nicht gelungen. Erst seitdem die Ansteckungsquellen sich in den chronischen Bazillenträgern fanden, und seitdem diese in Isolierhäusern abgesondert, und auch alle neuaufgenommenen Pfleglinge auf Bazillenfreiheit bakteriologisch untersucht werden, haben wir wohl noch in

diesen Anstalten Bazillenträger, aber keine Typhuserkrankungen mehr; wir hoffen bei scharfer Ueberwachung und Isolierung dieser Bazillenträger auch in Zukunft von Erkrankungen verschont zu bleiben.

In der vorstehenden Schilderung konnte ich einige Lichtpunkte in den hygienischen Verhältnissen der Pfalz zeigen; anderseits mußte ich aber auch auf so manchen dunklen Schatten hinweisen. Immerhin konnte und durfte ich zeigen, daß gerade unser tiefster Schatten, der endemische Typhus, als wir ihn nur einmal fest ins Auge fassen konnten, nicht nur sehr viel heller geworden ist, sondern aus ihm auch Licht für unsere gesamten hygienischen Verhältnisse erwachsen ist. Wir haben gelernt, daß, besonders wenn wir auch die Unterstützung unserer Aerzte haben — und ich darf wohl sagen, wir hatten diese und haben sie noch trotz vorübergehenden Nachlasses in der Bereitwilligkeit zur Mitwirkung infolge von außen in die vorher festgeschlossenen Reihen der Aerzte getragenen Zwiespalts und hierdurch entstandener Verbitterung, — auch bei einer Bevölkerung sich viel erreichen läßt, die von Natur aus und gemäß ihres Werdeganges in vermeintlichem Freiheitsdrange von ihren nicht immer hygienischen Gepflogenheiten nicht gerne abläßt und noch so zweckmäßigen Anordnungen, wenn sie ihren überlieferten und gewohnheitsmäßigen Ansichten nicht entsprechen, nicht gerne nachkommen, ihnen vielmehr oft hartnäckigen Widerstand zu leisten suchen.

Diesen Widerstand zu beseitigen, erfordert große Liebe zur Sache, sehr viel Geduld und fortgesetzte Belehrung und Aufklärung der Bevölkerung. Nicht leicht ist die Aufgabe, vor die sich hier unsere berufenen Amtsärzte gestellt sehen. Nur bei voller Konzentration können und konnten sie diese erfüllen. Nicht mehr, wie bisher vielfach geschehen, auch geschehen mußte, zur Erhöhung ihres bis vor kurzem allerdings kärglichen, und wie manche sagen, auch jetzt noch nicht entsprechenden amtlichen Einkommens konnten sie sich der Menschheit zur Verfügung stellen, auch zur Behandlung vorhandener Erkrankungen, sondern sie sollten und mußten sich bereit halten, fast einzig und allein für die übrigens viel höhere Aufgabe der Beseitigung und Verhütung der drohenden Gesundheitsstörungen. Um unter den gegebenen Verhältnissen dies zu erreichen, war vor allem, oft unter großem Zeitaufwand auch zur Belehrung und Aufklärung zu schreiten. Die Amtsärzte müssen sich als hygienische Berater und Freunde des Volkes fühlen und nicht in erster Linie als unentwegte polizeiliche Vollzieher und Ueberwacher von wenn auch noch so guten und notwendigen hygienischen Vorschriften. Gerade die niemals ermüdende und mit Geduld immer wieder einsetzende Belehrung und Aufklärung des Volkes ist in den Vordergrund der Tätigkeit des modernen Amtsarztes zu stellen; auf ihr beruht ein gut Teil des Erfolges und damit der Gesundheit und Zukunft unseres Volkes.

Diese Erwägung und zum Teil die Beobachtung, mit welch großer Begeisterung vor Jahren die Belehrung durch die Aerzte in dem Tuberkulosewandermuseum von unserer Bevölkerung aufgenommen wurde, und welchen Nutzen dies für die gerade einsetzende moderne Bekämpfung der Tuberkulose gebracht hatte, zeitigte auch den Gedanken, die Errichtung einer Abteilung für Gesundheitspflege in dem in Dürkheim in Aussicht genommenen Museumsbau der naturwissenschaftlichen Gesellschaft der Pfalz, der Pollichia für unsere von ähnlichen Bildungsstätten der gemeinsamen Heimat ferne liegende Pfalz, ins Auge zu fassen, also eines stationären Gesundheitsmuseums, in dem auch zeitweise aufklärende hygienische Vorträge mit Demonstrationen abzuhalten wären. Für die Verwirklichung dieser Absicht erbitten wir daher auch an dieser Stelle das Wohlwollen der Königl. Staatsregierung.

Um aber die Belehrung und Aufklärung erfolgreicher zu gestalten, sollte in zielbewußter Weise diese schon viel früher bei unserem Nachwuchse einsetzen. An sämtlichen Mittelschulen, an den Fortbildungschulen, wenn möglich auch schon an den oberen Klassen der Volksschule sollten, angegliedert vielleicht an die auch bei uns in zunehmender Weise entstehenden Schularztstellen, zur Erteilung des Unterrichts in der Hygiene Aerzte aufgestellt werden, in ähnlicher Weise wie zur Erteilung des Religionsunterrichts Religionslehrer bestellt sind, so daß auf diese Weise auch alle diejenigen, die später in Staat und Gemeinde führende und lehrende Stellungen einnehmen, eine möglichst gute Kenntnis erhielten in hygienischen Dingen. Kurz, nach jeder Richtung müßte Kenntnis von hygienischem Wissen gebracht und unser privates und öffentliches Leben hiervon durchdrungen werden. Immer seltener würden dann auch die Fälle, wo, um in hygienischen Dingen etwas zu erreichen, zuvor ein mehr oder minder hartnäckiger Kampf gegen Unwissenheit und Vorurteil geführt werden muß.

Erst dann werden wir zu dem Ziele kommen, das uns vorgesteckt bleibt und von dem wir, wenn auch in starkem Anmarsche begriffen, einstweilen noch weit entfernt sind; dieses Ziel ist die Verwirklichung des hygienischen Zeitalters, das kommen wird und kommen muß, und das allein erst die Menschheit zu der gesundheitlichen und damit zur sittlichen und sozialen Höhe bringen kann, zu der sie berufen ist.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung von Eheangelegenheiten. Von Prof. Dr. Weber-Chemnitz. (Aus der Städt. Nervenheilanstalt Chemnitz.) Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 14.

An der Hand eines Falles, in dem Verfasser in einer Ehescheidungsklage ein Gutachten darüber abzugeben hatte, ob einer Ehefrau ohne gesundheitlichen Schaden die Wiederaufnahme der ehelichen Gemeinschaft zugemutet werden

könne, erörtert Weber die Aufgaben, die dem ärztlichen Sachverständigen hierbei zufallen. Er betont, daß dieser seine Aufgabe, wenn er wirklich dem Richter eine Hilfe sein soll, nicht so engherzig lediglich auf die Untersuchung typischer Krankheitszustände beschränken darf, sondern auch die Gebiete der normalen Psychologie des täglichen Lebens mit in den Kreis seiner Begutachtungen ziehen kann. Ziemlich einfach liegt es, wenn Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund angegeben wird (§ 1569 B. G. B.). Es ist aber zu beachten, daß die Bestimmungen die Ehescheidung nur für sehr sichere Formen der Geistesstörung unter ganz besonderen Umständen gestatten. Eine besondere Zurückhaltung soll sich der psychiatrische Gutachter auferlegen, wenn es sich um Fälle aus § 1568 B. G. B. (Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses) handelt. Namentlich spielt die Hysterie hier eine Rolle; denn der hysterische Geisteszustand ist hervorragend geeignet, ein Benehmen hervorzurufen, das die Ehe zerrüttet, ohne daß man den Träger eines solchen Geisteszustandes für diese Handlungen verantwortlich machen kann. Hier ist es geboten, nur nach Prüfung der gesamten psychischen Persönlichkeit zu entscheiden und niemals die Handlungen selbst, die zur Zerrüttung führen, als ausschließlichen Beweis für die hysterische Grundlage zu betrachten. Mit der Zubilligung des § 51 St. G. B. soll der Sachverständige bei Hysterie recht vorsichtig sein. Es ist somit oft geraten, die Klage auf Ehescheidung aus § 1568 einzuleiten, ohne daß der Nervenarzt sein Gutachten abgibt; denn, wenn dieser erst einmal gehört ist, treten Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit auf, die ein geschickter Rechtsanwalt aufgreifen wird, um eine Ehescheidung wegen zerrüttender Handlungen seiner Partei, also zu deren eigenen Verschulden möglichst zu verhindern. Im Wesen der Ehe kann es aber nicht liegen, wenn Gatten, die sich fortgesetzt befehden, dauernd zusammengekettet sind.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

B. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Die Prognose und die Entschädigung der Kriegsneurosen. Von Sanitätsrat Dr. E. Beyer, Chefarzt des Vereinslazaretts Roderbirken. (Aus dem Reservelazarett Ohligs). Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 16.

Auf Grund eines über 1000 Krankheitsfälle, die überwiegend Soldaten betrafen, betragenden Materials kommt Verfasser zu folgenden Folgerungen:

1. Die Prognose der Kriegsneurosen ist im allgemeinen günstig und im Einzelfall davon abhängig, wie weit es möglich ist, die ungünstigen Einflüsse zu beseitigen und günstige Einflüsse wirksam zu machen.

2. Bei nervenkranken Kriegsbeschädigten, die vielfach für den eigentlichen Heeresdienst nicht mehr brauchbar sind, ist zu erstreben, sie als arbeitsverwendungsfähig oder D. U. ihrer Berufsarbeit wieder zuzuführen.

3. Bei dienstunbrauchbaren Nervenkranken kann volle Erwerbsfähigkeit vorhanden sein. Kleine Renten unter 20 Prozent sind in der Regel zu vermeiden. Bei mehr als zwei Drittel Erwerbsbeschränkung ist die Vollrente meistens nicht zu umgehen.

4. Die Nachuntersuchungen der Nervenkranken sind nicht zu früh anzusetzen; bei der Bestimmung des Termins ist auch auf Jahreszeit und Berufsverhältnisse Rücksicht zu nehmen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

Verwendung von Azetylen zur Dichteprüfung von Rohrleitungen. Von Gewerbeassessor Dipl.-Ing. Klebe-Bayreuth. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 10.

Es muß als Mangel empfunden werden, daß weder die behördlichen Verordnungen, noch die berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften ein Verbot der Verwendung von Azetylen zu oben erwähntem Zwecke ent-

halten. Ein gewerbeaufsichtliches Verbot läßt sich jedoch ohne weiteres auf § 120a der Gewerbeordnung stützen. Da im übrigen, wie aus den im beschriebenen Falle erwachsenen Gerichtsakten hervorging, die Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke den oben eingenommenen Standpunkt vollkommen teilt, steht zu erwarten, daß deren Unfallverhütungsvorschriften bei ihrer nächsten Ueberarbeitung eine Verschärfung in diesem Sinne erfahren werden. Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Säuglingsfürsorge.

Gesetzlicher Säuglings- und Mutterschutz in Norwegen. Von G. Herzfelder-Wien. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; Bd. 9, H. 1.

Die am 1. Januar 1916 in Kraft getretenen Gesetze geben ein Bild umfassender Vorsorge für die Erhaltung und Aufzucht des kindlichen Nachwuchses. Es verdient besonders bemerkt zu werden, daß durch sie zum ersten Male eine Wöchnerinnen- und Stillunterstützung unabhängig von jeder Krankenversicherung auf gesetzlicher Grundlage eingeführt wird.

Dr. Wolf-Hanau.

---

3. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Die Ansiedlung der Kriegsbeschädigten. Beiträge zur Invalidenfürsorge. Von Dr. Keup-Frankfurt a. O., Ober-Reg.-Rat Alfred Mayer-Frankfurt a. O. und Magistratsrat Paul Wölbling-Berlin. Schriften zur Förderung der inneren Kolonisation; Heft 18. Verlag Deutsche Landbuchhandlung G. m. b. H. Berlin 1915. 58 Seiten. Preis: 1 Mark.

Die Schrift gilt dem Kriegsinvaliden, der nach Abschluß der ärztlichen Behandlung dem Landwirtberuf zugeführt werden kann, und behandelt ausführlich die Verwaltungsmaßnahmen, durch die sich dieses Ziel erreichen läßt. Es wird sich ermöglichen lassen, jeden Kriegsinvaliden, der vom Lande stammt, sich zur Ansiedelung bereit erklärt hat und geeignet ist, dem Lande wieder zuzuführen. Bewährt hat sich die Form des preußischen Rentengutes, deren Einführung auch den anderen Bundesstaaten anzuraten ist. Notwendig ist zur Aufbringung des Anzahlungs- und ersten Betriebskapitals die Kapitalisierung eines Teils der Invalidenrente; dieses Kapital wäre als „Invaliden-Ansiedelungsfonds" von den Provinzial-Rentenbanken leicht mit zu verwalten. Die Gefahr, es zu verlieren, wäre durch sorgfältige Auswahl der Bewerber unter ganz besonderer Berücksichtigung der Familienverhältnisse sehr gemindert; schwieriger ist die Beschaffung von genügend Siedelungsland, das sich aber durch Zusammenarbeit der Verwaltungskörper — einer zu bildenden Kreisinvalidenkommission, Provinzialinvalidenkommission beim Oberpräsidium und der Auseinandersetzungsbehörden (Generalkommissionen) — und geeignete gesetzliche Maßnahmen, besonders Erschwerung des gewerbsmäßigen Güterhandels zugunsten des Staates, gewinnen ließe. Die Unterbringung unserer verwundeten Helden wäre für sie von so großem Segen, für unsere Volkswirtschaft, für die Erzielung eines ausreichenden gesunden Nachwuchses von so großer Bedeutung, daß den Bestrebungen der Gesellschaft zur Förderung der inneren Kolonisation ein voller Erfolg zu wünschen ist.

Dr. Rehberg-Herzberg a. E.

---

4. Soziale Hygiene.

Die Umwertung des Bevölkerungsproblems — ein tragender Gedanke im neuen Deutschland. Von Prof. Dr. Schloßmann-Düsseldorf. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1916, Bd. 9, Nr. 1.

In erster Linie müssen wir den erlittenen Menschenverlust nach Möglichkeit wieder einholen und aus uns heraus unsere Volkszahl mehren. Die gegenwärtige Last, die durch Aufziehen zahlreicher Kinder den Familien auferlegt wird, muß vom Staate aus gemildert werden, da die Aufziehung von Kindern eine Leistung für die Allgemeinheit ist. Die Besteuerung und das Gehalt müssen unter Berücksichtigung der Köpfe, die mit dem Einkommen zu ernähren sind, festgesetzt werden. Wer durch Aufzucht von Kindern für die Zukunft

des Volkes etwas leistet, dem werden die Auslagen von der heutigen Volksgemeinschaft ersetzt. Sehr wichtig ist die Wieder-Ansässigmachung großer Volksteile. Lebenserhaltung und, was noch wichtiger ist, Lebensgestaltung der Säuglinge ist von grundlegender Bedeutung; es müssen aber gewisse allgemein gültige Mindestforderungen erfüllt werden, für die natürlich das nötige Geld vorhanden sein muß. Dr. Wolf-Hanau.

Periodische ärztliche Untersuchung und Lebensversicherung. Von San.-Rat Dr. Lilienthal. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 24, Nr. 19, 14. September 1916.

Rothe hat in der Zeitschrift für Versicherungswesen das obige Thema behandelt, er will die Frage prüfen, ob durch ärztliche Vorbeugung die Sterblichkeit herabgemindert und durch fortlaufende ärztliche Untersuchungen eine ärztliche Vorbeugung in dem Sinne gewährleistet wird, daß schon im Keime vorhandene Krankheiten nicht zum Ausbruch kommen. Bei rechtzeitiger Erkennung der Krankheiten werden viel geringere Kosten entstehen, als bei vorgeschrittenen Leiden, diese aber trotzdem eine unvergleichlich größere Aussicht auf Heilerfolg gewährleisten als große Ausgaben bei vorgeschrittenen Krankheitszuständen. Für die ärztliche Untersuchung würde ein 2- bis 3jähriger Turnus ausreichend sein. Die Ersparnis aus der zu erwartenden Mindersterblichkeit wird weit mehr als die Kosten der ärztlichen Untersuchung decken. Dr. Hoffmann-Berlin.

---

5. Begräbniswesen.

Die Prinzipien des Bestattungswesens und das Schicksal der Leichen auf den europäischen Schlachtfeldern. Von Dr. Wilhelm Müller, Abteilungs- und Konsiliararzt für Lungenkrankheiten im Militärbeobachtungshospital Nr. 1 in Troppau. Oeffentliche Gesundheitspflege; 1916, Heft 7.

Das Bestattungswesen der gefallenen Menschen und Tiere bildet eine wichtige Rolle in der Hygiene der Schlachtfelder. Mit Rücksicht auf diese ist eine möglichst rasche, prompte und typische Leichenzersetzung (Skelettierung) anzustreben unter tunlichster Vermeidung der sogenannten atypischen postmortalen Dekomposition: völlige Konservierung, stinkende Fäulnis, Fettwachsbildung und Mumifizierung. Für die postmortale Dekomposition, d. h. für den Abbau des Organismus kommen als physikalische und biologische Voraussetzungen in erster Linie in Betracht: Anwesenheit von Sauerstoff, Wasser und aeroben Mikroorganismen sowie eine bestimmte Temperatur und die Möglichkeit unbehinderten Abgangs der Verwesungsgase. Sind diese Voraussetzungen ausreichend gegeben, so ist auf eine typische Verwesung zu rechnen, fehlt die eine oder die andere oder überwiegen einzelne, so wird stinkende Fäulnis, Konservierung oder sonstige atypische Verwesung in Erscheinung treten. Sauerstoff und Wasser beherrschen den Vorgang der Zersetzung und bestimmen im Verein mit der Temperatur den Ablauf der postmortalen Veränderungen. Maßgebend für die Zersetzung ist deshalb vor allem die physikalische Beschaffenheit des Erdbodens, sein Porenvolumen und seine Durchlässigkeit; Boden aus Bodengemischen mit 0,3—4 mm Korngröße ist der geeignetste. Begünstigt wird die Verwesung ferner durch Baumwurzeln, namentlich Koniferenwurzeln, die das im Erdboden befindliche überschüssige Wasser aufsaugen und dadurch einen häufigen Wechsel zwischen Trocken und Naß hervorrufen, der die Zersetzung fördert. Lehm- und Tonboden ist dagegen zu vermeiden; er führt ebenso wie hoher Grundwasserstand zu stinkender Fäulnis und Fettwachsbildung. Ebenso stört die Bekleidung der Leichen die Zersetzung. Wenn es die Verhältnisse gestatten, sind deshalb nach dem Verfasser für das Bestattungswesen auf den Schlachtfeldern folgende Vorschriften einzuhalten:

„1. Die Regel auf dem Schlachtfeld ist das Massengrab. Einzelbestattungen kommen natürlich ebenfalls sehr häufig vor, namentlich im Stellungskrieg.

2. Bei der Anlage der Massengräber achte man darauf, daß die obersten Schichten nicht höher unter das Niveau des Erdbodens zu liegen kommen als 1,80 bis 2 m. Möglichst flächenhafte Verteilung sowie Isolierung der

einzelnen Leichen durch reichliche Zwischenlagen von Erde ermöglichen auch den zentral gelegenen Partien des Massengrabes den Prozeß der typischen postmortalen Dekomposition. Liegt hingegen Leiche dicht neben Leiche innerhalb voluminöser kompakter Massen, so sind die dem Kern nahe gelegenen Körper sowohl der Sauerstoffzirkulation, als auch der Möglichkeit des Abströmens der Dekompositionsgase beraubt. Die Folgen davon sind atypische Dekompositionsprodukte wie Adipocirebildung und stinkende Fäulnis, zum mindesten aber hochgradige Verzögerung der Dekomposition.

3. Man wähle in jedem Falle Bodenarten von genügender Permeabilität für Luft und Wasser, also sand- und kiesreichen Boden, wurzelreichen Waldboden, humushaltigen Acker-, Wiesen- und Feldboden, Weinberge und Heideboden.

4. Zu vermeiden sind lehm- und tonreiche und sehr feinsandige (unter 0,8 mm) Böden. Auch Sumpf-, Torf- und Moorböden eignen sich schlecht für den Prozeß der typischen postmortalen Dekomposition.

5. An und für sich einwandfreier Boden verliert seine guten Eigenschaften bei hohem Grundwasserstand, hier kann keine typische Verwesung erfolgen; außerdem ist dabei die Gefahr der Trinkwasserinfektion gegeben.

6. Infolge der dekompositionshemmenden Wirkung der Kleider sind diese bis auf die Unterkleider, wenn möglich, zu entfernen.

7. Alle konservierenden Beimengungen sind zu unterlassen, sofern nicht nachweislich stark infektiöse Leichen bestattet werden.

8. Nie sollen Gräber in der Nähe von Quellen liegen.

9. In allen Fällen eignet sich Holzkohle als Beimischung zu den Leichen sehr wohl, weil sie die Dekompositionsgase absorbiert und gleichzeitig in hohem Maße desodoriert." Rpd.

Tagesnachrichten.

Des Kaisers Fürsorge für die Zukunft des Volkes. Seine Majestät der Kaiser hat aus Anlaß des Geburtstages Ihrer Majestät der Kaiserin an den Minister des Innern nachstehende Allerhöchste Erlasse gerichtet:

a. Den Geburtstag Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin, meiner Gemahlin, begehe ich in diesem Jahre mit besonderer Dankbarkeit gegen Gott den Herrn, dessen Gnade uns durch die bisherige Bewahrung unserer im Felde stehenden Söhne das Glück unseres Hauses ungeschmälert erhalten hat. Ihrer Majestät ist es vergönnt gewesen, unter Ihrem Schutz treue Männer und Frauen aus allen Kreisen unseres Volkes zu opferwilliger und erfolgreicher Arbeit im Dienste der durch den Krieg erwachsenen Nöte zu vereinen. Es liegt mir am Herzen, allen diesen in der Heimat treu arbeitenden Kräften für ihr selbstloses Wirken mein warmes Interesse und meinen besonderen kaiserlichen Dank auszusprechen. Ich tue es in dem zuversichtlichen Vertrauen, daß sie nach dem Vorbild unserer heldenmütigen Kämpfer an der Front in ihrer treuen Arbeit durchhalten werden, bis nach endgültigem Siege unserer Waffen unser Vaterland seine ganze Kraft der Heilung der im Kriege geschlagenen Wunden zuwenden kann. Mit warmer und inniger Anteilnahme gedenke ich am heutigen Tage auch aller derer, die nach Gottes Willen ein teueres Familienglied dem Vaterland haben opfern müssen und von denen viele überdies schweren wirtschaftlichen Sorgen gegenüberstehen. Die unter Ihrem Vorsitz arbeitende Nationalstiftung für die Hinterbliebenen der im Kriege Gefallenen hat mit den ihr zugeflossenen reichen Gaben schon manche Tränen trocknen dürfen, sie wird, wie ich hoffe, ihre Fürsorge für die Hinterbliebenen unserer Helden immer weiter ausdehnen können. Als Zeichen meiner persönlichen warmen Anteilnahme an dieser Ehren- und Herzenspflicht des deutschen Volkes habe ich der Nationalstiftung eine erneute Zuwendung von 100000 Mark zugedacht und meine Schatulle mit der Zuweisung dieser Summe in deutscher Kriegsanleihe beauftragt.

Großes Hauptquartier, 22. Oktober 1916.

Wilhelm, I. R.

b. Das unter dem Protektorat Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin im Segen wirkende Kaiserin Auguste Viktoria-Haus beabsichtigt eine vermehrte Ausbildung von Säuglingspflegerinnen für Kreise, Gemeinden und Familien und eine Erweiterung der Zentralstelle für Säuglingsschutz, um die dringend erforderliche Belehrung über Ernährung und Pflege des Kindes in die weitesten Kreise unseres Volkes zu tragen. Die Bekämpfung der noch immer hohen Säuglingssterblichkeit gewinnt im Zusammenhange mit dem zunehmenden Geburtenrückgang und den schweren Opfern des Krieges für die Zukunft des deutschen Volkes eine Bedeutung, die das warme Interesse und die tatkräftige Mitarbeit aller Vaterlandsfreunde beansprucht. Es ist Mir daher eine besondere Freude, anläßlich des Geburtstages Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin die Durchführung des Planes ermöglichen und die erforderlichen Bau- und Einrichtungskosten sowie einen widerruflichen Jahreszuschuß von 50000 M. aus der Mir zur Verfügung gestellten „Kaiser Wilhelm-Spende deutscher Frauen“ bewilligen zu können. Wenn Ich für die Erhaltung der künftigen Träger deutscher Volkskraft und deutschen Familienglücks gerade die Spende der deutschen Frauen heranziehe, so glaube Ich damit zugleich den Wünschen der freundlichen Spenderinnen in besonderem Maße zu entsprechen.

Ich ersuche Sie, im Einvernehmen mit dem Minister der öffentlichen Arbeiten die Pläne und Anschläge für den Neubau einer Prüfung zu unterziehen und Mir alsdann mit einer Begutachtung zur Genehmigung vorzulegen. Der Bau ist mit seiner inneren Einrichtung und Ausstattung dem Ernst der Zeit entsprechend, einfach zu halten. Ich behalte Mir die Ernennung eines Kommissars vor, welcher an den Beratungen des Kuratoriums teilnehmen und Mich über den Fortgang der Arbeit auf dem Laufenden halten soll. Auch werde Ich mit der Ueberwachung der Bauausführung einen Baubeamten betrauen.

Dem Kuratorium wollen Sie von Meiner Entschließung zum bevorstehenden Geburtstage Ihrer Majestät Kenntnis geben.

Großes Hauptquartier, 20. Oktober 1916.

Wilhelm R.

Förderung der Volksernährung durch den König von Bayern. Seine Majestät der König von Bayern hat kürzlich nachstehendes Handschreiben an den Staatsminister Freiherrn von Soden gerichtet: „Mit lebhaftem Interesse verfolge Ich alle Maßnahmen und Einrichtungen auf dem unter den gegebenen Verhältnissen so wichtigen Gebiete der Volksernährung. Unter den Vorschlägen, durch die besonders in den Städten die Lage der von Ernährungsschwierigkeiten bedrängten Bevölkerungskreise erleichtert werden soll, erscheint Mir der Gedanke, in großzügiger Weise Volksküchen und ähnliche öffentliche Speiseanstalten einzurichten, vorzugsweise Berücksichtigung und nachdrücklicher Unterstützung wert. Mit Befriedigung höre Ich, daß eine weitere Ausgestaltung und Einführung derartiger Einrichtungen in den Städten des Landes tatkräftig in Angriff genommen werden soll. Ich finde Mich deshalb bewogen, der Förderung solcher Unternehmungen die Summe von 200000 Mark aus den zu Meiner Verfügung stehenden Mitteln zuzuwenden. Möge es der zielbewußten und unverdrossenen Arbeit der staatlichen und der gemeindlichen Stellen gelingen, im Volke die Erkenntnis zu stärken, daß für seinen Ernährungsstand ausreichend gesorgt ist. Ich vertraue darauf, daß alle Volkskreise in ihrer während des ganzen Krieges bewährten Opferfreudigkeit ausharren, getragen von dem Bewußtsein, daß sie hierdurch zu Hause mitwirken an dem siegreichen Kampfe gegen unsere Feinde, und daß die in der Heimat gebrachten Opfer weit zurückstehen hinter den ungleich größeren Mühen und Dragsalen unserer heldenhaften Kämpfer auf den Kriegsschauplätzen.“

Aus dem Reichstage. Seit Wiederbeginn des Reichstages hat sich dessen Reichshaltsausschuß nach Erledigung verschiedener Fragen der äußeren und inneren Politik vorwiegend mit der wichtigen Frage der **Volksernährung** beschäftigt. Das Ergebnis seiner Beratungen sowie der Beratungen des Reichstages selbst kann dahin zusammengefaßt werden, daß trotz mancher

zutage getretenen Mängel in der Organisation und mancher sich nicht als praktisch und wirksam erwiesenen Anordnungen der Zentralinstanz wie der nachgeordneten Behörden, unsere Ernährung infolge der guten Ernte an Getreide und der Hebung des Viehstandes doch als völlig gesichert anzusehen ist, und nur die Kartoffelversorgung insofern Schwierigkeiten macht, als eine für die Winterversorgung ausreichende Anlieferung infolge verspäteter Ernte, Mangels an Arbeitskräften und ungünstiger Witterung noch nicht erfolgt ist. Auch ist die Kartoffelernte scheinbar geringer ausgefallen als man erwartet hatte, so daß der ursprünglich für den Kopf in Aussicht genommene tägliche Durchschnittsverbrauch (1½ Pfund) vorläufig auf 1 Pfund herabgesetzt ist und nur für die Schwerarbeiter auch fernerhin wie bisher 2 Pfund beträgt. Da aber erfreulicherweise die Verwendung der Kartoffeln zur Gewinnung von Spiritus und Stärke sehr erheblich eingeschränkt ist und aller Wahrscheinlichkeit noch große Mengen von Kartoffeln zurückgehalten werden, steht nach Abschluß der zurzeit stattfindenden Bestandsaufnahme zu erwarten, daß demnächst doch wieder eine Erhöhung des Durchschnittsverbrauchs ermöglicht wird, was namentlich mit Rücksicht auf die ärmere Bevölkerung dringend erwünscht ist. Eingehend wurden im Reichshaltsausschuß und Reichstag auch die Fleisch-, Milch-, Fett-, Eier-, Obst- und Zuckerversorgung, sowie die dabei zutage getretenen Mißstände und die Mittel zu ihrer Abstellung besprochen. Der Viehbestand hat seit der am 15. April d. J. erfolgten Bestandaufnahme bis zu der am 1. September d. J. stattgefundenen nicht unerheblich zugenommen, bei den Schweinen um 29,4% und bei dem Rindvieh um 2,1‰, so daß namentlich mit Rücksicht auf die außerordentlich gute diesjährige Futterernte hoffentlich in bezug auf die Fleisch-, Milch- und Fettversorgung eine Besserung zu erwarten steht. Bemerkenswert ist, daß nach den vom Staatsminister Dr. Helferich am 20. Oktober im Reichshaltsausschuß gemachten Mitteilungen die Sterblichkeit der Bevölkerung in Städten mit 15000 Einwohnern und darüber nicht wesentlich zugenommen hat, denn sie betrug einschließlich Militärpersonen 1911: 16,3, 1912: 14,6, 1913: 14,0, 1914: 16,1, 1915: 19,7 und 1916 (1. Halbjahr): 17,0 auf 1000 Lebende. Dabei hat sich namentlich der Prozentsatz der gestorbenen Säuglinge unter sämtlichen Sterbefällen nicht unerheblich verringert: von 29,7 (1911) auf 24,6 (1912), 24,8 (1913), 22,7 (1914), 13,4 (1915) und 11,5 (1916), so daß von einer ungünstigen Einwirkung der Ernährungsverhältnisse auf die Säuglingssterblichkeit nicht die Rede sein kann.

Mit Recht wurde im Reichshaltsausschuß und im Reichstag der leider noch immer stark vertretene Wucher mit Lebensmitteln und der Schwindel mit sogenannten Ersatzmitteln verurteilt und die strengsten Maßregeln dagegen verlangt. Ob sie einen nennenswerten Erfolg haben werden, ist nach den bisherigen Erfahrungen kaum zu erwarten, wenn nicht gegen diese nichtswürdigen, einen Schandfleck des deutschen Volkes bildenden Personen mit ganz anderen Maßregeln und weit härteren Strafen als bisher eingeschritten wird.

Die Frage der **Volksernährung** ist in jüngster Zeit auch von den Behörden eingehend beraten. Nachdem bereits am 11. Oktober d. J. im preußischen Ministerium des Innern eine **dienstliche Versammlung der preußischen Regierungspräsidenten** unter Teilnahme des Landwirtschaftsministers, des Handels- und Finanzministers, sowie von Vertretern des Kriegsministeriums und verschiedener Reichsämter, von mehreren Oberpräsidenten und des Präsidenten des Kriegsernährungsamtes stattgefunden hatte, in der besonders die Verbrauchsregelung und Kartoffelversorgung einer eingehenden Beratung unterzogen wurden, ist dann am 21. Oktober d. J. im Bundesratssaale des Reichstages unter Vorsitz des Stellvertreters des Reichskanzlers, Staatsministers Dr. Helfferich, eine **Konferenz der Minister der bundesstaatlichen Regierungen** über die Frage der Volksernährung abgehalten worden. An der Konferenz nahmen außer den in Berlin ansässigen Bundesratsbevollmächtigten die für die Ernährungsfragen zuständigen Staatsminister der Bundesstaaten teil. Nach einer Besprechung des allgemeinen Standes der Ernährungsfrage wurden insbesondere erörtert: die militärischen Anforderungen auf dem Gebiete der Nahrungsmittel, die Maßnahmen für die ausreichende Ernährung der Schwerarbeiter, die Fragen der Nahrungsmittel-

einfuhr, der Kartoffelversorgung sowie der Fett- und Milchversorgung. Die Zusammenkunft hat in vertrauensvoller Aussprache dazu beigetragen, die Fühlung zwischen der Berliner Zentralinstanz für die Ernährungsfragen und den maßgebenden Persönlichkeiten der einzelstaatlichen Regierungen zu erneuern und enger zu gestalten sowie die Einheitlichkeit in der Durchführung der für die Volksernährung notwendigen Maßnahmen zu sichern.

Das Reichsamt des Innern hat entschieden, daß die nach den Bekanntmachungen des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 und 28. Januar 1915 zu gewährende **Wochenhilfe** von täglich 1 M. für den Sonntag nicht zu gewähren ist, wenn die Wöchnerin für die sechs Arbeitstage der Woche 7 oder mehr Mark von ihrer Krankenkasse erhält.

Der vom Reichstag gebildete **Ausschuß für Bevölkerungspraxis** hat beschlossen, eine Zusammenstellung der Verhandlungen und Verordnungen des Kriegsministeriums und der verschiedenen Armeekommandos und stellvertretenden Generalkommandos über **Geschlechtskrankheiten** von der Reichsleitung zu erbitten. Daraufhin wurde eine Resolution angenommen, wonach unbeschadet einer allgemeinen Aenderung und Ergänzung des § 300 Str. G. B. ein Bruch des ärztlichen Schweigens im allgemeinen Staatsinteresse und gegenüber den zur öffentlichen Fürsorge berufenen Behörden nicht als unbefugt zu erachten sei. Weiter soll eine Ergänzung des Str. G. B. verlangt werden, dahin gehend, daß jeder im Bewußtsein eigener Krankheit vollzogene Geschlechtsverkehr bestraft wird. In das Reichsseuchengesetz sollen wirksame Vorschriften zur Ueberwachung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aufgenommen werden. Den Kreisen und niederen Verwaltungsbezirken sollen Mindestleistungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitsfragen vorgeschrieben, die Krankenkasseneinrichtungen zur Bekämpfung der geschlechtlichen Erkrankungen nachhaltig unterstützt und die Lebensversicherungsgesellschaften nach amerikanischem Beispiel zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten herangezogen werden. Haut- und Geschlechtskrankheiten sollen überall ein Pflichtfach bei der ärztlichen Staatsprüfung sein. Nichtapprobierten Personen soll die Behandlung Geschlechtskranker, approbierten Aerzten das fortgesetzte öffentliche Sichanbieten zur Behandlung Geschlechtskranker und jeglicher Art von Fernbehandlung verboten werden. Die Strafvorschriften gegen Kuppelei sollen für Zuwiderhandlungen gegen hygienische und Ordnungsvorschriften ergänzt und in allen Schulen Belehrungen über die Geschlechtskrankheiten eingeführt werden. — Nach einstimmigem Beschluß des Ausschusses sollen seine Beratungen auch während der Vertagung des Reichstages fortgesetzt werden.

In der Wohnungskommission des Reichstages hat der Abgeordnete Mumm (Deutsche Fraktion) den Antrag gestellt, den Bundesrat um Einstellung von 40000 M. in den Reichshaushaltsetat zur **Errichtung einer Beratungsstelle für den Kleinwohnungs- und Kleinhausbau zu ersuchen.** Außerdem hat derselbe Abgeordnete eine Resolution vorgeschlagen, wonach eine **Reichswohnungsversicherung** geschaffen werden soll. Im Anschluß an die Invaliden- und Angestelltenversicherung sollen vom dritten Kinde ab Wohnrenten an die Versicherten und Zusatzrenten für jedes weitere Kind gewährt werden, und zwar, sofern die Kinder bei den Eltern wohnen, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. An den Pflichtbeiträgen sollen gegebenenfalls auch die verheirateten kinderlosen Versicherten und die Arbeitsgeber beteiligt werden. Die angesammelten Kapitalien sollen im Interesse des Kleinwohnungs- und Kleinhausbaues, sowie der Heimstättengründung verwertet werden.

Auf eine Anfrage des Leipziger Verbandes über die **Beförderung zu Feldhilfsärzten** ist von dem preußischen Kriegsministerium (Medizinal-Abteilung) unter dem 14. Oktober d. J. der Bescheid erteilt, daß die für die Beförderung zum Feldhilfsarzt vorgeschriebene 6 monatige Dienstzeit im Feldheere sowohl im Heeressanitätsdienst, als auch im Waffendienste abgeleistet sein darf.

Dasselbe Ministerium hat betreffs der **Besoldung der Ober- und Assistenzärzte in Stabsarzt- usw. stellen** (s. Nr. 19 dieser Zeitschrift S. 586) durch

Verfügung vom 16. Oktober d. J. bestimmt, daß auch die Oberärzte und Assistenzärzte, die mit den unter lfdr. Nr. 17 der Gebührnisnachweisung Nr. 1 aufgeführten Stabsarzt- usw. -stellen beliehen sind, die monatliche Feldbesoldung von 370 M. über den 1. Oktober 1916 hinaus unverändert weiter beziehen. Ebenso ist seit dem 1. Oktober 1916 an der Kriegsbesoldung der als ordinierende Aerzte bei den Etappen- usw. Lazaretten verwendeten Oberärzte und Assistenzärzte nichts geändert worden.

Die **neunte Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt** findet am 16. und 17. November d. J. in Berlin im Saal A des Architektenhauses (Wilhelmstraße 92/93) statt. Die Verhandlungen beginnen am 16. November, vormittags 9½ Uhr. Das Thema der Hauptkonferenz lautet: „Zwang und Freiheit in der Jugendpflege“.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Hermann Aub-München.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Ernst Erlenmeyer-Bendorf a. Rhein bei Koblenz (inzwischen gefallen).
Oberstabsarzt Dr. Friedrich Gärtner-Karlsruhe (inzwischen gefallen).
Stabsarzt und Reg.-Arzt Dr. Götz-Stuttgart.
Stabsarzt d. L. Dr. Walter Hafemann-Soldin (Reg.-Bez. Frankfurt).
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. Helm-Colmar i. Els.
Oberstabsarzt Dr. Hölker-Potsdam.
Stabsarzt Dr. Koerber-Stuttgart.
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. Lackner-Königsberg i. Pr.
Stabsarzt d. Res. Dr. Lange-Herford.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Max Mulzer-Memmingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Munter-Bad Wildungen.
Stabsarzt Dr. Ottmar Rall-Ravensburg (Württemberg).
Stabsarzt d. L. Dr. A. Rothmund-Mannheim.
Oberstabsarzt d. L. Dr. v. Stubenrauch-München.
Oberstabsarzt Dr. Treger-Burg bei Magdeburg.
Generalarzt Dr. C. Witte-Altona.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Dr. Otto Rothmaler-Gerbstedt (Reg.-Bez. Merseburg), (Mitglied des preuß. Medizinalbeamtenvereins).

Ferner ist verliehen: Der Bayerische Militär-Verdienstorden IV. Klasse mit Schwertern: dem Stabsarzt d. L. Dr. Steudemann, Polizeiarzt in München.

Außerdem hat erhalten: Das Eiserne Kreuz II. Klasse: Cand. math. Reinhold Straßmann, Unteroffizier bei einer Maschinengewehrabteilung, Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Straßmann in Berlin.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Oberarzt d. Res. Dr. Walter Baader-Oldenburg (Großherzogtum).
Stabsarzt d. L. Dr. Karl Bruch-Mainz (infolge von Krankheit gestorben).
Oberarzt d. Res. Dr. F. W. Buddenberg-Lauenburg a. Elbe.
Bataillonsarzt Dr. Ewald Drunpig-Gransee (Reg.-Bez. Potsdam).
Assistenzarzt d. Res. Dr. E. Erlenmeyer-Bendorf a. Rh. bei Koblenz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Fischer-Altenburg (infolge von Krankheit gestorben).
Oberstabsarzt Dr. Friedrich Gärtner-Karlsruhe
Feldunterarzt Dr. W. Gellhorn-München.
Stabsarzt d. L. Dr. J. Goebel-Goeda bei Bautzen (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Graeff-Waldkirch (Baden).
Feldunterarzt A. Gramms-Berlin-Friedenau.

Med.-Rat Dr. Grether-Lörrach in Baden (durch Fliegerbombe schwer verletzt und bald darauf gestorben).
Marineassistenzarzt P. Heidsieck-Heepen bei Bielefeld.
Marineassistenzarzt K. Heilig-Ostrach (Hohenzollern).
Oberarzt d. Res. Dr. Alfred Henkel-Hamburg.
Unterarzt Dr. Albert Kaiser-Neuulm.
Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Keilpflug-Charlottenburg.
Oberarzt d. Res. Dr. Paul Kleinwächter-Schmölln (S.-Altenburg).
Stabsarzt d. Res. Dr. W. Kolle-Blankenburg a. Harz.
Oberarzt d. Res. Dr. P. Lorenz-Breslau.
Vertrags-Zivilarzt Dr. Wilhelm Ludwig-Posen (infolge von Krankheit gestorben).
Feldhilfsarzt L. Mühlenbeck.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Rudolf Müller-Chemnitz.
Marineassistenzarzt H. Müller-Staßfurt (Anhalt).
Geh. Med.-Rat Dr. **Nünninghoff**, Kreisarzt in Bielefeld, Chefarzt eines dortigen Vereinslazaretts (infolge von Krankheit gestorben).
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Piper-Berlin.
Feldunterarzt F. Pohlmann.
Marinestabsarzt d. Res. Dr. Paul Schultze-Drebkau (Reg.-Bez. Frankfurt).
Assistenzarzt d. Res. Dr. F. Selchow-Barth bei Stralsund.
Marineassistenzarzt d. Res. Dr. Fritz Sturmhöfel-Schwarzort bei Memel.
Marineassistenzarzt Dr. Weißkopf.

Ferner ist auf dem Felde der Ehre gefallen: Primaner Ulrich Fischer, Kriegsfreiwilliger im Art.-Reg. Nr. 69, Sohn des Kreisarztes Dr. Fischer in Schrimm (Reg.-Bez. Posen).

Nachruf. Unter den vorstehend für das Vaterland verstorbenen Aerzten befindet sich leider wieder ein langjähriges Mitglied des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, Geh. Med.-Rat Dr. **Nünninghoff**, Kreisarzt in Bielefeld, der dem Verein im Jahre 1884 (also ein Jahr nach dessen Gründung) beigetreten ist, nur selten auf einer Versammlung gefehlt und sehr häufig, besonders in den letzten Jahren, das Amt des Kassenrevisors übernommen hat. Der Verstorbene war ein äußerst tüchtiger Medizinalbeamter, der sich während seiner 23jährigen amtlichen Tätigkeit um die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesen in seinem großen Wirkungkreise außerordentliche Verdienste erworben hat. Er genoß deshalb auch die größte Achtung und das vollste Vertrauen sowohl bei allen Behörden, als bei seinen Berufsgenossen und der Bevölkerung seines Kreises. Trotz der großen Arbeitslast, die seine amtliche Tätigkeit mit sich brachte, hat er immer noch Zeit gefunden, auch auf anderen Gebieten eine segensreiche Tätigkeit zu entfalten, namentlich als langjähriger Vorsitzender des heimischen Kriegervereins und als Provinzialinspekteur des Roten Kreuzes. Seit Beginn des Krieges hat er die verantwortungs- und urteilsvolle Stellung des Chefarztes bei dem großen, für fast 2000 Verwundete eingerichteten Provinzial-Vereinslazarett vom Roten Kreuz in Bethel bei Bielefeld übernommen und sich auch hier durch seine hervorragende Tätigkeit ausgezeichnet, die noch vor kurzem durch Verleihung des Eisernen Kreuzes II. Klasse und der Roten Kreuz-Medaille II. Klasse die wohlverdiente Anerkennung gefunden hat. Nun ist er unter dieser Arbeitslast zusammengebrochen; vor mehreren Wochen wurde er von einem schweren Schlaganfall betroffen und ist an dessen Folgen am 22. Oktober d. J. im Alter von 63 Jahren verstorben. Tief betrübt und schmerzerfüllt stehen wir an seiner Bahre; sein Andenken wird in Ehren erhalten bleiben!

Cholera: In Oesterreich-Ungarn wurden vom 4. bis 11. September 4 Erkrankungen (in Kroatien und Slavonien) festgestellt; in der Türkei vom 8. Juli bis 27. August: 8689 (4461), davon 117 (51) in Konstantinopel.

Pocken: Im Deutschen Reiche sind vom 24. September bis 21. Oktober 2, —, 4 und 2 Erkrankungen amtlich gemeldet; in Oesterreich vom

25. Juni bis 22. Juli: 66, 63, 67 und 45; in Bosnien und der Herzegowina vom 25. bis 30. Juni: 6.

Fleckfieber: Im Deutschen Reiche sind in der Zeit vom 24. September bis 21. Oktober nur 12 Fälle von Fleckfieber bei einem vom Osten in Straßburg i. Els. eingetroffenen Arbeitertrupp vorgekommen; in Oesterreich sind vom 25. Juni bis 22. Juli 169, 194, 139 und 180 Erkrankungen ermittelt. davon 146, 180, 120 und 119 in Galizien. In Ungarn sind in der Zeit vom 18. September bis 1. Oktober nur 4 Erkrankungen festgestellt.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 17. September bis 7. Oktober 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz, Tollwut: — (—), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 6 (—), 16 (—), 14 (—); Milzbrand: 1 (—), 2 (2), 1 (—); Pocken: 10 (—), — (—), 6 (—); Unterleibstyphus: 329 (18), 392 (28), 346 (30); Ruhr: 757 (90), 560 (85), 512 (60); Diphtherie: 2182 (110), 2238 (120), 2076 (125); Scharlach: 1191 (59), 1187 (61), 1081 (46); Kindbettfieber: 57 (16), 62 (14), 61 (12); Genickstarre: 2 (3), 7 (6), 7 (3); spinaler Kinderlähmung: 17 (—), 3 (—), 1 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 11 (1), 13 (2), 19 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 102, 33, 35; Tuberkulose (gestorben): 610, 628, 601.

Sprechsaal.

Anfrage des Dr. B. in M.: Darf ein ärztlich verschriebenes Schnupfpulver mit Cocaïn (1 : 10) von Apothekern ohne jedesmalige erneute ärztliche Verordnung beliebig oft verabfolgt werden, oder ist seine wiederholte Abgabe nach § 4 und § 9 der Vorschriften vom 22. Juni 1896, betr. die Abgabe stark wirkender Arzneimittel, nur auf eine erneute schriftliche ärztliche Anweisung gestattet?

Antwort: Aerztlich verordnete Schnupfpulver mit Cocaïn (1 : 10) sollen jedenfalls zu Heilzwecken dienen und dürfen deshalb nach § 1 der obengenannten Vorschriften auch nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden. Desgleichen ist ihre wiederholte Abgabe nach § 4 dieser Vorschriften nur auf erneute ärztliche Verordnung zulässig, da sie als Mittel zur „Einatmung" anzusehen und demzufolge nach § 11 der Vorschriften hinsichtlich der Zulässigkeit ihrer wiederholten Abgabe den Arzneien für den inneren Gebrauch gleichzustellen sind.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

9. Jahrgang; Nr. 22. Ausgegeben am 20. November 1916.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark.)

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Nr. 22.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Kronenorden III. Klasse: dem Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Gottschalk in Berlin-Lichterfelde; — die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse: den Reg.- und Med.-Räten Dr. Meyen in Liegnitz und Geh. Med.-Rat Dr. Rusack in Cöln a. Rh., dem Med.-Rat Dr. Schrakamp, Kreis- und Stadtarzt in Düsseldorf, dem Geh. Med.-Rat Dr. Scheube in Greiz; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Krohne in Berlin, dem Geh.

Med.-Rat Dr. Grisar in Koblenz, den Kreisärzten Dr. Wollermann in Lyck, Dr. Meyer in Muskau (Schlesien), Geh. Med.-Rat Dr. Tracinski in Hindenberg (Oberschlesien), Dr. Lemhöfer in Remscheid, dem Stadt- und Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schroeder in Altona, sowie dem Prof. Dr. Wollenberg in Straßburg i. Els. und dem Med.-Rat Dr. Nippold in Freiberg i. Sachsen.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Königlich Sächsischen Kriegsverdienstkreuzes und des Oldenburgischen Friedrich-August-Kreuzes II. Klasse am rotblauen Bande: dem Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Dietrich-Berlin.

Ernannt: Prof. Dr. Schmidt in Gießen zum ordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Halle a. Saale; der prakt. Arzt Dr. O. Ebert zum Kreisassistenzarzt und Assistenten bei der Impfanstalt in Cassel; Kreisassistenzarzt Dr. Richter in Waldenburg zum Kreisarzt des Kreises Münsterberg i. Schlesien; der Chemiker Pfyl in Berlin zum ständigen Mitarbeiter beim Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Verabschiedet (auf eigenes Ansuchen): Medizinalrat Dr. Paulini in Militsch (zum 1. Januar 1917).

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hochhaus in Cöln a. Rh.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten Dr. Ackermann in Würzburg.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Adam in Wasserburg zum Bezirksarzt in Griesbach.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Bernhuber in Landau a. I. in gleicher Eigenschaft nach Eggenfelden.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: dem Kreisarzt Dr. J. Jaup in Erbach; — das Hessische Militär-Sanitätskreuz am rot-weißen Bande: den Ob.-Med.-Räten Dr. Hauser und Dr. Balser in Darmstadt.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Oberarzt Dr. Engelhorn in Jena.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Bezirksarztstelle in Landau (Pfalz).

LECIN

neutrale Lösung von Phosphat-Eiweiss-Eisen mit Glyzerinphosphat.

Wohlfeiles, **appetitanregendes** Eisenmittel

Lecintabletten **Arsen-Lecintabletten**
Jod-Lecintabletten

Phosphat-Eiweiss-Eisen mit 10% glyzerinphosphorsaurem Kalk

Tricalcol Kalk-Präparat

kolloidallösliches Kalk-Phosphat

für Kinder und für Schwangere zur kräftigen Knochenbildung.

Tricalcol-Eiweiss

zur Selbstherstellung von Eiweiss-Milch.

Proben und Literatur vom Lecinwerk, Hannover.

Balnacid

für saure Teerbäder

zur Behandlung v. Dermatosen, Ekzemen etc.

Beschreibg. kostenfr. von **Chem. Fbk. Dr. H. Noerdlinger, Flörsheim-Maingau.**

Verlag von Fischers medic. Buchhandlg., H. Kornfeld in Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Die Rassenhygiene

und ihre

wissenschaftlichen Grundlagen

von

Priv.-Doz. Dr. med. **Walter Oettinger** in Breslau.

Preis: 1.20 M.

20] Sanatorium

Elsterberg

— Sächs. Vogtland —

für

Nerven-
Alkohol- u.
Morfiumkranke

Das ganze Jahr geöffnet.

Nur für Angehörige besserer Stände.

Näheres durch

Sanitätsrat **Dr. Römer.**

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 22.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Nov.

Ueber die Bedeutung der Kgl. bakteriologischen Untersuchungsstation Landau für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Regierungsbezirk Pfalz.[1])

Von Stabsarzt Dr. **Otto Mayer**, Leiter der Station.

Die kgl. bakteriologische Untersuchungsstation Landau wurde im August 1903 zur Bekämpfung des Typhus im Regierungsbezirk Pfalz errichtet und gehört zu den der Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches dienenden Untersuchungsanstalten; die hygienische Untersuchungsstelle der kgl. bayerischen 3. Division ist mit ihr verbunden. Eine bis 1910 in Kaiserslautern angegliederte Außenstation, die mit 3 Aerzten und 2 Dienern besetzt war, wurde infolge des Rückganges der Typhuserkrankungen aufgelassen.

Der Typhusbekämpfung war in der Pfalz in früheren Jahren gut vorgearbeitet, da der Vorgänger des gegenwärtigen Kreismedizinalrates, Ober-Med.-Rat Dr. Karsch, sich seit 1875

---

[1]) Vortrag, gehalten auf der 11. Landesversammlung des bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Neustadt a. Hardt am 12. Juli 1914.

nicht nur über die Todes-, sondern auch über die Krankheitsfälle von Typhus hatte berichten lassen. An der Hand dieser Berichte hatte er eine für die damaligen Verhältnisse sehr genaue Statistik angelegt. Auch leichte Fälle von Typhus waren schon in ihr aufgenommen und vereinzelt für die Weiterverbreitung des Typhus verantwortlich gemacht.

Der jetzige Kreismedizinalrat, Ober-Med.-Rat Dr. Demuth, hat als Bezirksarzt in Frankenthal schon sehr frühzeitig dem direkten und indirekten Kontakt bei Typhus das Wort geredet und die Bodenverhältnisse nur als begünstigende Begleitumstände (Unreinlichkeit als Begünstigung des Kontaktes) gelten lassen. Als Kreismedizinalrat nahm er die Bestrebungen Karschs zur Bekämpfung des Typhus tatkräftig auf und widmete namentlich der Verbesserung der Wasserverhältnisse in der Pfalz sein ganz besonderes Augenmerk.

In der Zeit vor der bakteriologischen Mithilfe entstanden aber natürlich dadurch Lücken in der Typhusbekämpfung, daß man bei der Ermittlung der Erkrankungen lediglich auf klinische Merkmale angewiesen war, die vorübergehenden und dauernden Typhusbazillenausscheider der Feststellung entgingen und die Aufhebung von Isolierungsmaßnahmen zu früh, nämlich mit dem Zeitpunkt der klinischen Genesung aufhörte.

Die Vorarbeit der pfälzischen Medizinalbeamten und Aerzte gewährten aber der Untersuchungsstation Landau für die Bekämpfung nach Kochschen Grundsätzen vor den übrigen Bekämpfungsgebieten im Südwesten des Reiches den Vorteil, daß man infolge der sorgfältigen Statistik gleich anfangs an den richtigen Stellen wirksam einsetzen konnte.

Im einzelnen traten an die Untersuchungsstation folgende Aufgaben heran.

Zunächst mußten die neuen Gesichtspunkte der Uebertragung des Typhus in Aerzte und Laienkreisen verbreitet werden? Bei der Errichtung der Station galt die Ansicht, daß das Fortkriechen des endemischen Typhus auf der Wirksamkeit von unerkannten, sehr leicht verlaufenden Typhusfällen, von vorübergehenden nichtkranken Bazillenträgern und von einer ziemlich lange dauernden Ausscheidung von Typhusbazillen bei Rekonvaleszenten beruhe.

Bald kam aber ein neues Moment hinzu, die Feststellung sogenannter Dauerausscheider von Typhusbazillen. In dieser Frage konnte die Anstalt schon Anfang 1904 teils in den Heil- und Pflegeanstalten der Pfalz, teils im öffentlichen Verkehr Material sammeln, indem Typhusbazillenträger festgestellt wurden, die die Typhusbakterien vor vielen Jahren in sich aufgenommen und virulent erhalten hatten.

Die Station Landau und ihre Außenstation in Kaiserslautern gehörten mit zu den ersten, die auf die grundlegende Bedeutung dieser Dauerausscheider für die Typhusverbreitung aufmerksam machten, anfangs nicht ohne Widerspruch aus dem eigenen Kreise der Bekämpfungsstationen. Georg Mayer hat

während seiner Tätigkeit in Kaiserslautern zuerst auf die Bedeutung einer schubweise erfolgenden Ausscheidung bei Typhusbazillen-Dauerträgern hingewiesen.

Eine weitere Aufgabe der Station war eine umfassendere Organisierung des Desinfektionswesens:

1903 waren in der Pfalz zwar einzelne private Desinfektionsanstalten; öffentliche Desinfektoren im Haupt- oder Nebenberuf kannte man jedoch noch nicht. Bei Gelegenheit einer durch Milchinfektion entstandenen Typhusepidemie in Kaiserslautern hielt ich im November 1903 die ersten Ausbildungskurse für Desinfektoren in der Pfalz ab und organisierte das Desinfektionswesen in Kaiserslautern mit Hilfe des sehr rührigen jetzigen Führers der dortigen freiwilligen Sanitätskolonne. Im Anschlusse daran wurden planmäßig Ausbildungskurse für Desinfektoren eingerichtet. So wurden z. B. im Jahre 1912 in neun Ausbildungs- und Wiederholungskursen 24 Desinfektoren neu ausgebildet und 54 nachgeprüft; im Jahre 1913 fanden 7 Kurse statt, in denen die Neuausbildung von 34 und eine Nachprüfung von 104 Desinfektoren erfolgte.

Der Ausbau des Desinfektionswesens ist nunmehr so gut wie vollendet. Nachdem in den letzten 2 Jahren gemeinsam mit den Herren Bezirksärzten in den einzelnen Bezirksämtern die Einteilung in Desinfektionsbezirke zum Teil neu geregelt, zum Teil umgearbeitet worden ist, alte Desinfektionsapparate sogen. Pastillenapparate ausgemustert und auf Beschaffung vollständiger Ausrüstung für jeden einzelnen Desinfektor hingearbeitet wurde, bestehen jetzt in der Pfalz 189 Desinfektionsbezirke.

Dem Gesichtspunkte der Einheitlichkeit in der Ausbildung wurde auch die Beschaffung der Ausrüstnng unterworfen. Deshalb sind in der Pfalz nach und nach 142 Formalinlampen nach System Dieudonné-Lang, 18 nach Flügge, 5 Torrens- und 12 Lingner-Apparate beschafft worden. 9 Aeskulap- und 3 Scheringlampen sind zur Ausmusterung beantragt und werden demnächst durch Dieudonné-Apparate ersetzt werden. Ferner sind noch 34 Dampfdesinfektionsapparate und ein Vakuum-Formalin-Dampfdesinfektionsapparat vorhanden.

Der Gang der Untersuchungen auf Typhus gestaltete sich derart, daß sich die Station an dem Ermittlungsverfahren in jedem einzelnen Falle beteiligte und zwar meist durch Entsendung eines Beamten an Ort und Stelle, der den Amtsarzt bei der Ermittlung durch Aktenmaterial aus der Station und durch Entnahme von Untersuchungsstoffen unterstützte. Dieses Verfahren macht es häufig möglich, die Beziehungen zwischen den Typhusfällen in den einzelnen Bezirksämtern oder in den verschiedenen Bekämpfungsgebieten im Südwesten des Reiches schon bei der ersten Ermittlung festzustellen. Sehr oft leitet die Spur zu einem der Station bekannten Dauerausscheider von Typhusbazillen oder es wird ein neuer Typhusbazillen-Dauerträger festgestellt.

Als Ermittlungsbogen dient das Formblatt des kgl. bayerischen Staatsministeriums des Innern, an das, wenn es sich um Epidemien oder endemische Durchseuchung handelt, ein den besonderen Verhältnissen der Typhusbekämpfung in der Pfalz angepaßter Abschnitt angefügt wird (siehe Anlagen 1 u. 2).

Die fortlaufende Untersuchung der Kranken wird bis zur bakteriologischen Genesung oder der Herausbildung zum Dauerträger von Typhusbazillen durchgeführt.

Zur Feststellung der bakteriologischen Genesung beschränke ich mich, wenn es irgendwie zu erreichen ist, nicht auf 3 Schlußuntersuchungen im Verlaufe von 14 Tagen bis 3 Wochen, vom 10. Tage nach der Entfieberung gerechnet, sondern lasse mindestens 6 mal untersuchen. Diese Vermehrung der Schlußuntersuchungen gründet auf der Erfahrung, daß bei einer Anzahl von Personen, die auf Grund von 3 Schlußuntersuchungen als bakteriologisch genesen aus der Beobachtung entlassen worden waren, bei gelegentlichen Nachkontrollen noch Typhusbazillen im Stuhl oder Urin gefunden worden sind. Es waren also durch eine zu kurze Untersuchungsreihe Dauerträger von Typhusbazillen bei der ersten Ermittlung entgangen.

Ein wichtiger Teil der Tätigkeit der Station ist die ständige Ueberwachung der Dauerausscheider von Typhusbazillen. Sie wird in der Pfalz auf der Grundlage des Artikels 67 Abs. 2 des bayerischen Polizeistrafgesetzbuches folgendermaßen durchgeführt:

1. In der Behausung jedes Dauerträgers von Typhusbazillen muß eine einwandfrei zementierte, von der Dunggrube getrennte Abortgrube vorhanden sein. (Gegenwärtig wird kontrolliert, ob diese Forderung bei allen zurzeit in Beobachtung befindlichen Typhusbazillen-Dauerträgern durchgeführt ist.)
2. Im Abort muß Klosettpapier vorrätig sein.
3. Der Typhusbazillenträger wird angewiesen, seine Hände nach jeder Stuhl- und Urinentleerung mit Seife und Wasser gründlich zu reinigen.
4. Die Wäsche muß getrennt von der anderer Personen aufbewahrt und gewaschen werden.
5. Die Abortgrube ist vor jeder Entleerung durch den amtlichen Desinfektor zu desinfizieren.
6. Die Beschäftigung im Nahrungsmittelbetrieben und das Vermieten von Zimmern ist untersagt.
7. Alle 8 Wochen ist eine Stuhl- und Urinprobe an die Untersuchungsstation einzusenden.
8. Ein Aufenthaltswechsel unterliegt polizeilicher Kontrolle.

Von fortlaufenden Desinfektionsmaßnahmen wird deshalb abgesehen, weil sie erfahrungsgemäß doch nicht dauernd durchgeführt werden, während eine Erziehung zur Reinlichkeit erreichbar ist und die Durchführung von Reinlichkeitsmaßnahmen überwacht werden kann.

Die achtwöchentliche Einforderung von Stuhl- und Urinproben verfolgt nicht den Zweck, festzustellen, daß die Dauerträger immer noch Typhusbazillen ausscheiden, sondern soll sie und ihre Umgebung darauf aufmerksam machen, daß die Infektionsgefahr fortlaufend gleichmäßig groß ist.

Bis jetzt wurden in der Pfalz 106 Dauerausscheider von Typhusbazillen festgestellt. Eine Anzahl von ihnen ist erst ermittelt worden, als sie das zweite Mal eine Infektion in ihrer Umgebung veranlaßt hatten, einige noch später.

So wurde z. B. bei zwei Typhusfällen in Ludwigshafen eine Infektionsquelle zunächst nicht ermittelt. Ein Jahr darauf wurde in Impflingen bei Landau ein Typhusfall bei einer Dienstmagd gemeldet. Es konnte festgestellt werden, daß sie bis 3 Wochen vor der Erkrankung ihre an Gallensteinen leidende verheiratete Schwester in Ludwigshafen gepflegt hatte, die dann durch die bakteriologische Untersuchung des Stuhls als chronische Typhusbazillen-Trägerin ermittelt wurde. Diese wohnte im gleichem Hause mit den im Jahre vorher an Typhus erkrankten oben genannten 2 Personen, benutzte den gleichen Abort wie sie und muß demnach auch für diese Fälle die Infektionsquelle abgegeben haben.

Eine Zimmervermieterin in Neustadt a. H. infizierte jahrelang jeden Mieter. Sie wurde bei der vorletzten und letzten Infektion, die in ihrem Hause vorgekommen war, bakteriologisch untersucht. Erst bei der letzten Infektion gelang der Nachweis, daß sie Dauerausscheiderin von Typhusbazillen ist.

In Pirmasens starb die Frau eines Metzgers an Typhus. Die Umgebung wurde bakteriologisch durchuntersucht, darunter auch die Haushälterin des Metzgers. Ein Bazillenträger wurde nicht gefunden. Ein Jahr später erkrankte im gleichen Geschäft ein 17jähriger Bursche und die Dienstmagd des Bruders des Metzgers. Diesmal wurde bei der Umgebungsuntersuchung die Haushälterin als chronische Bazillenträgerin festgestellt. Interessant ist, daß sowohl der Metzgerbursche wie die Dienstmagd zu Dauerausscheidern von Typhusbazillen wurden. Bei dem vor der Typhuserkrankung vollkommen gesunden Burschen entwickelte sich ein Gallensteinleiden, das nach ungefähr einem Jahre zur Operation führte. Es wurde mit der Gallenblase ein taubeneigroßer, an der Oberfläche mit Cholestearin überzogener Gallenstein herausgenommen. Die Typhusbazillenausscheidung hörte kurze Zeit nach der Operation auf, stellte sich aber nach einigen Wochen wieder ein.

Ein Beispiel, wie die gegenseitige Verbindung zwischen den einzelnen Typhusbekämpfungsstationen im Südwesten des Reiches zur Auffindung von Typhusbazillenträgern führt, ist folgender Fall:

In Bexbach erkrankte ein schulpflichtiger Knabe an Typhus. Die Inkubationszeit wies auf eine Infektion in Saarbrücken hin, wo der Knabe die Schule besucht und bei seiner Großmutter gewohnt hatte. Das Institut für Hygiene in Saarbrücken wurde um Untersuchung der Stuhlentleerungen dieser Frau gebeten und stellte fest, daß sie als chronische Typhusbazillen-Trägerin die Infektionsquelle gewesen war.

Schon aus diesen wenigen Beispielen läßt sich der Wert ausgedehnter Ermittlungen und fortlaufender Listenführung ermessen.

Daß die chronischen Bazillenträger zuweilen erst festgestellt werden, nachdem sie wiederholt Infektionen in ihrer Umgebung gesetzt haben, beruht auf der häufig nur schubweise erfolgenden Ausscheidung von Typhusbazillen, zwischen der Pausen von beträchtlicher Länge bestehen können.

Der Schwerpunkt der Umgebungsuntersuchungen wird deshalb von uns jetzt auf besonders verdächtige Personen verlegt. Als solche betrachten wir in erster Linie Personen mit Lebererkrankungen und Gallensteinleiden. Werden derartige Kranke in der Umgebung von Typhuskranken ermittelt, so begnüge ich mich bei ihnen nicht mit einer Unter-

suchung von Stuhl und Urin, sondern lasse die Untersuchungen öfter in Zwischenräumen von 8 zu 8 Tagen wiederholen, damit die Feststellung eines chronischen Bazillenträgertums womöglich schon im ersten Ermittlungsverfahren erfolgen kann.

Eine neue Art der Ermittlung von Typhusbazillen-Dauerausscheidern führte ich durch Untersuchung des bei Operationen in Krankenhäusern entnommenen Gallenblaseninhalts ein. Von ungefähr 90 Fällen wurden bei 10 % Typhus- oder Paratyphusbazillen nachgewiesen, ein Beweis, wie oft in endemisch von Typhus befallenen Gegenden Typhus- oder Paratyphusinfektion bei chronischer Entzündung der Gallenwege gefunden werden kann. Bei einem Teil dieser Fälle wurden trotz Herausnahme der Gallenblase einige Zeit nach der Operation wieder Typhusbazillen nachgewiesen.

Bei Krankheitsverdächtigen und sicheren Typhuskranken wird die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett in der Behausung durchgeführt, wenn die Ueberführung in ein Krankenhaus, die in jedem Falle angestrebt wird, nicht durchführbar ist.

Die Absonderung Typhuskranker in Krankenhäusern, verbunden mit einer sofortigen Ausführung der Schlußdesinfektion in der Wohnung und der Durchsuchung der Umgebung der Kranken nach Infektionsquellen, hat sich als das wirksamste Mittel der Einschränkung der Kontaktinfektionen von seiten kranker Personen ergeben. In den letzten Jahren ist die Zahl der in Krankenhausbehandlung überführten Typhuskranken in der Pfalz auf 57—63 % gestiegen.

Kann eine Ueberführung in ein Krankenhaus aus irgendwelchen Gründen nicht erreicht werden, so wird darauf gedrungen, daß Pflege und fortlaufende Desinfektion durch Berufskrankenpflegepersonal erfolgen.

Die auch für das rechtsrheinische Bayern vorgeschriebene Abhaltung von Kursen zur Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenwärtern in der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett hat für die Pfalz die Station Landau übernommen. Bis jetzt wurden drei Kurse abgehalten, in denen 35 Krankenschwestern und 4 Krankenwärter ausgebildet wurden.

Die Desinfektion des Abortes, der Abortgrube, Dungstätten, der Abwasserrinnen im Hofe und auf der Straße (20 Meter aufwärts und abwärts vom Typhushause) wird durch die amtlichen Desinfektoren durchgeführt; sie besorgen auch die Beschaffung von Desinfektionsmitteln.

Die Grundsätze der fortlaufenden Desinfektion usf. sowie Ausführungsbestimmungen hierfür sind in die amtlichen Vorschriften aufgenommen, die jedem Haushaltungsvorstand gegen Unterschrift ausgehändigt werden (siehe Anlagen 3, 4 und 5).

Der ganze große Ermittlungs- und Untersuchungsapparat könnte in Anbetracht der immer weiter herabgehenden Zahl der Typhuserkrankungen auf den ersten Blick als zu kostspielig und übertrieben erscheinen. Man muß aber dabei bedenken, daß der Rückgang der Typhuserkrankungen einzig und allein

auf dem Niederhalten der Infektionsherde, insbesondere der Dauerausscheider von Typhusbazillen beruht.

Bei der geringsten Lücke entstehen auch bei uns noch Epidemien. Bei mehreren Typhusepidemien der letzten Jahre konnte eine Typhusbazillendauerträgerin als Ursache ermittelt werden. In einem Falle war es eine bisher unbekannte Dauerträgerin, in einem anderen einige nicht als Typhus erkannte Erkrankungen, die von einer chronischen Typhusbazillenträgerin veranlaßt waren usf.

Die Epidemien konnten durch energisches Eingreifen fast unmittelbar, nachdem die amtlichen Maßnahmen eingesetzt hatten, zum Stillstand gebracht werden. Meistens wurde sogar ein Dauererfolg erzielt, indem auch in der Hauptjahreszeit für Typhus, die ungefähr von der 35. Jahreswoche ab beginnt, im Jahre nach der Epidemie keine Typhusfälle in diesen Ortschaften auftraten.

Das beste Beispiel, daß es gelingt, bei Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen den Typhus dauernd zu bannen, bietet die Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal; sie ist von früherer starker Durchseuchung jetzt in eine völlig typhusfreie Anstalt umgewandelt worden. Die neue Heil- und Pflegeanstalt Homburg konnte bis jetzt typhusfrei erhalten werden.

In diesen beiden Anstalten wurde außer Durchuntersuchungen und Untersuchungen bei allen Neuaufnahmen neuerdings auch mit der Typhusschutzimpfung begonnen, von der man sich für geschlossene Anstalten Erfolge erwarten darf.

Würde der ständige Wachtdienst an irgend einer Stelle dauernd ausgesetzt werden, so ist zu befürchten, daß auch die Typhusausbreitung bald wieder im Zunehmen begriffen wäre.

Neben dieser Kleinarbeit, die sich um die Person des Typhuskranken und seine Umgebung dreht und die immer den größten Teil der Arbeit und Zeit in den Untersuchungsstationen in Anspruch nehmen wird, wurden aber auch die größeren hygienischen Gesichtspunkte nicht außer Acht gelassen.

So wurden die großzügigen Sanierungspläne des Herrn Kreismedizinalrates bezüglich der Versorgung möglichst vieler Ortschaften mit Wasserleitungen durch Untersuchungen und Ermittlungen an Ort und Stelle unterstützt. Von den 708 Ortschaften der Pfalz besitzen jetzt 417 = 58,9 % Wasserleitungen. Seit dem Beginn der verstärkten Typhusbekämpfung wurden davon gebaut 242 = 58 %; 4 sind noch in Ausführung und 64 in Vorbereitung.

Ebenso beteiligte sich die Station an der Begutachtung von neuen Kanalisationsanlagen und bei der Verbesserung schon bestehender.

Dem Ausbau des Dampfdesinfektionswesens wurde besonderes Augenmerk geschenkt. Es ist mir gelungen, einen neuen Typ von Desinfektionsapparaten auszuarbeiten, bei dem außer der Dampfdesinfektion auch noch die Desinfektion von Lederwaren und sonstigen empfindlichen Gegenständen durch

Einleitung von Formalindampf ohne Luftverdünnung bei 56° Celsius mit gleicher Tiefenwirkung gewährleistet ist wie bei den viel teuereren und schwer bedienbaren Vakuum-Apparaten.

Die Ueberwachung der Reinheit der Flußläufe und Bäche wird gemeinsam mit den Kulturbauämtern und dem Fischerei-Sachverständigen der kgl. Regierung der Pfalz durchgeführt.

Der Verkehr mit Nahrungsmitteln wird ebenfalls, soweit es sich um bakteriologische Untersuchungen und hygienische Gutachten handelt, überwacht.

Als Erfolg aller dieser Maßnahmen hat sich ein Rückgang der Typhuserkrankungen seit Beginn der Stationstätigkeit auf den 5. Teil ergeben; denn von den 708 Ortschaften der Pfalz werden alljährlich nur mehr ungefähr 50 von Typhus betroffen gegenüber ehemals 120. Die Pfalz steht mit diesem Bekämpfungserfolg unter den Typhusuntersuchungsstationen im Südwesten des Reiches an erster Stelle, da anderwärts der Rückgang des Typhus nur auf ein Drittel der früheren Krankheitsfälle erfolgt ist.

Die Tätigkeit der Station bewegte sich aber nicht ausschließlich in der Richtung der Typhusbekämpfung. Schon von der Gründung an wurden ebenso wie in den anderen Stationen zur Typhusbekämpfung die bakteriologischen Untersuchungen über die auf Typhus hinaus auch auf solche zur Feststellung anderer Infektionskrankheiten ausgedehnt, pathologisch-anatomische Schnittpräparate angefertigt und Sektionen vorgenommen.

Diese Ausdehnung der Untersuchungen ergab sich von selbst durch die stetige Fühlung mit den praktischen Aerzten. Es war Grundsatz, den Aerzten bei allen Untersuchungen, die mit Sicherheit nur in einem Laboratorium ausgeführt werden können, an die Hand zu gehen. Die Untersuchungen wurden deshalb von jeher kostenlos ausgeführt.

Das große Verständnis, das die pfälzischen Aerzte der modernen Feststellung von Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung entgegenbrachten, sowie das sich immer mehr steigernde Bedürfnis nach bakteriologischen Diagnosen aus dem inneren Drang der Aerzte nach Sicherung klinisch zweifelhafter Fälle, prägt sich in der folgenden Zusammenstellung über die Zahl der Untersuchungen auf nicht-typhusverdächtige Infektionskrankheiten in den einzelnen Jahren seit Bestehen der Station aus:

Es wurden ausgeführt auf nicht typhöse Infektionskrankheiten folgende Zahl von Untersuchungen:

1904: 571. 1905: 763. 1906: 771.

1907: 1442 (und 1095 bei einer Epidemie von **Meningitis cerebrospinalis** epidemica).

1908: 1050. Wechsel in der Leitung der Außenstation **Kaiserslautern.**

1909: 1032. Erster Wechsel in der Leitung der Station **Landau.**

1910: 753. Auflassung der Station Kaiserslautern.

1911: 1285.

1912: 1703. Zweiter Wechsel in der Leitung der Station Landau, aber Besetzung mit einem Leiter, der in der Pfalz von 4jähriger Tätigkeit als Hilfsarzt der Außenstation Kaiserslautern bekannt war.

1913: 4868.

1914: Schon im ersten Halbjahr 4466.

Diese Uebersicht zeigt auch, daß der vielfache Wechsel in den inneren Verhältnissen der Station nicht ohne merkbaren Einfluß blieb. Die Untersuchungszahl wurde bei Leiterwechsel bezw. beim Auflassen der Station Kaiserslautern im allgemeinen ungünstig beeinflußt. Dies ist eine Naturnotwendigkeit, da es sich ja bei dem Verhältnis zwischen Untersuchungsstation und Aerzten bei allen Erkrankungen, bei denen nicht unmittelbar ein Untersuchungszwang besteht, um eine Vertrauenssache handelt.

Nach der Uebernahme der Leitung der Station am 1. April 1912 führte ich bis gegen Ende 1912 eine innere Neuorganisation durch, indem eine Hilfsarztstelle aufgelassen und für sie eine Präparator- und zweite Dienerstelle geschaffen wurde.

Teils 1912, zum größten Teil aber 1913 erfolgte dann auch in der äußeren Tätigkeit eine Aenderung. Diese wurde eingeleitet durch einen Auftrag der kgl. Regierung der Pfalz an sämtliche Distriktspolizeibehörden, kgl. Bezirksärzte und Ortspolizeibehörden der Pfalz, sich im Interesse der Einheitlichkeit der Typhusbekämpfung zur bakteriologischen Untersuchung von Trink- und Nutzwasser, Abwasser, Jauche, Staub, Erde, Nahrungsmitteln usf. der bakteriologischen Untersuchungsstation Landau zu bedienen.

Eingeschaltet muß hier werden, daß in der Zwischenzeit im Jahre 1911 von der Untersuchungsanstalt in Würzburg für die Pfalz 138 Untersuchungen ausgeführt wurden. Die Zahl der in Würzburg im Jahre 1912 für den Kreis Pfalz gemachten Untersuchungen war aber nur mehr 3, hauptsächlich wohl wegen der weiten Entfernung von Würzburg und weil die Anstalt in Landau sich allen Anforderungen gewachsen zeigte.

Weiter wurde i. J. 1913 durch die Station Landau die Abgabe der Versandgefäße an die Apotheken und die regelmäßige Ergänzung des Bestandes durch Vereinbarungen geregelt.

Auch die Neueinteilung der Pfalz in Desinfektionsbezirke fand im gleichen Jahre — wie eingangs schon erwähnt — statt.

Auf Veranlassung des kgl. bayer. Staatsministeriums des Innern wurde durch Verfügung der kgl. Regierung der Pfalz vom 4. Oktober 1913 die Tätigkeit der kgl. bakteriologischen Untersuchungsstation Landau über die Typhusbekämpfung hinaus auch amtlicherseits auf die Untersuchungen bei allen anderen im Regierungsbezirk Pfalz vorkommenden Infektionskrankheiten ausgedehnt und die Befugnis erteilt, dass die Beamten der Station in gleicher Weise wie bei Typhus Ermittlungen an Ort und Stelle vornehmen und Bekämpfungsvorschläge machen dürfen.

Um die unmittelbare bakteriologische Mitwirkung hiebei zu erleichtern, wurde seitens der kgl. Regierung bestimmt, daß von jeder einlaufenden Anzeige einer ansteckenden Krankheit

mit Ausnahme von Masern und Scharlach der Untersuchungsstation in Landau unverzüglich eine Abschrift einzusenden ist.

Die Station hat außerdem von allen hygienischen Neuerungen auf dem Gebiete der Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung und von den Maßnahmen zur Reinhaltung der öffentlichen Gewässer Kenntnis zu erhalten. Sie beteiligt sich, wenn irgend möglich, an den von den kgl. Kulturbauämtern anberaumten Terminen zur öffentlichen Wasserschau.

Um die in den letzten Jahren so hoch angewachsene Zahl der nicht auf Typhus bezüglichen Untersuchungen weiterhin unentgeltlich durchführen zu können, wurde seitens des Landrates der Pfalz ein jährlicher Zuschuß von 7000 M. bewilligt. Nur für die Untersuchungen auf Wassermannsche Reaktion werden 3 M., für pathologisch-anatomische Schnittpräparate 3—6 M. berechnet.

Es werden also jetzt die gesamten Untersuchungen auf Verhütung von Infektionskrankheiten im Regierungsbezirk Pfalz von einer in diesem Kreise gelegenen eigenen Untersuchungsstation vorgenommen, nachdem wegen der räumlichen Trennung vom rechtsrheinischen Bayern und aus Mangel einer nahegelegenen bayerischen Hochschule schon eine eigene Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in der Kreishauptstadt Speyer errichtet worden war.

Die Lebensfähigkeit einer eigenen bakteriologischen Untersuchungsanstalt für die Pfalz ist durch die obigen Zahlen und namentlich durch die alljährliche Steigerung der allgemeinen Inanspruchnahme erwiesen (s. Anlage 6).

Die schon berührten räumlichen Verhältnisse spielen hierfür wohl die ausschlaggebende Rolle; in ihnen ist auch der Zusammenschluß der pfälzischen Aerzte zu einem großen Verein zu suchen. Das Vereinsorgan, das Vereinsblatt der pfälzischen Aerzte, bietet eine wertvolle Handhabe, um, abgesehen von allgemeinen Zusammenkünften und Besprechungen bei Dienstreisen (i. J. 1913/14 wurden 120 örtliche Ermittlungen ausgeführt) eine ständige Verbindung zwischen den Aerzten und der Station herzustellen.

Von ärztlichen Zusammenkünften sind besonders die von Herrn Obermedizinalrat Dr. Demuth eingerichteten Fortbildungsvorträge zu nennen, die stets eine große Anzahl der pfälzischen Aerzte vereinigt und es möglich gemacht haben, Fragen der Seuchenbekämpfung in persönlicher Aussprache zu erledigen.

Die Mittel für Unterhaltung der Station wurden bisher ausschließlich vom Reiche und Staate geliefert. Für das Jahr 1914/15 sind insgesamt 37301 M. angefordert, von denen aber nur 15658,83 M. für den Laboratoriumsbetrieb, die Beschaffung der Versandgefäße und der Außendienst in Betracht kommen, während der übrige Teil auf die Gehälter des Personals entfällt. In Zukunft kommen noch die oben erwähnten 7000 M.

aus Kreismitteln hinzu, von denen aber auch ein Teil für Besoldung einer Laborantin verwendet werden muß.

Der Vergleich der Landauer Anstalt mit den anderen größeren Untersuchungsanstalten (siehe Anlage 6) ergibt, daß sie schon nach der absoluten Zahl der Untersuchungen zu den größeren gehört; noch mehr ergibt sich dies aus der Inanspruchnahme im Verhältnis zur Einwohnerzahl der Pfalz (rund 1 Million Einwohner) und der Beteiligung der Aerzte (65 % der pfälzischen Aerzteschaft).

Mit diesem kurzen Ueberblick über den Werdegang und die gegenwärtige Organisation der kgl. bakteriologischen Untersuchungsstation Landau glaube ich gezeigt zu haben, daß sie den Erwartungen entsprochen hat, die die kgl. Staatsministerien, die kgl. Regierung der Pfalz, der Landrat der Pfalz und die pfälzischen Aerzte in sie gesetzt haben.

Anlage 1.

Formblatt I

zu Ziff. 2 der Regierungs-Entschließung vom 4. Oktober 1913 (Kr.-A.-Bl. S. 167)

für die

Niederschrift der Ermittelungen usw. bei gemeingefährlichen Krankheiten, dann bei Typhus, übertragbarer Ruhr, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) sowie bei Verdacht einer solchen Krankheit.

Vorbemerkung: Wenn sich das Ermittelungsverfahren auf eine Mehrzahl von Fällen erstreckt, ist das Ergebnis tunlichst in einem Formblatte niederzulegen. Soweit der Vordruck in einzelnen Ziffern nicht zutrifft, ist er zu durchstreichen.

I.

Ergebnis der Ermittelungen.

Nr. des Ein- und Auslaufbuchs des Bezirksarztes . . . . . .

1. Ort und Tag der Anzeigeerstattung . . . .
   Name des Anzeigenden: . . . .
   Krankheit, um die es sich handelt: . . . .
2. Ort und Tag der Ermittelungen: . . . .
   Anwesend waren: der behandelnde Arzt: . . . .
   als Vertreter der Orts-, Distriktspolizeibehörde: . . . .
   der von der K. Regierung der Pfalz entsandte besondere Sachverständige: . . . .
3. Des Krankheitsverdächtigen, Erkrankten, Gestorbenen
   Vor- und Familienname: . . . .
   Geschlecht: . . . .
   Alter: . . . .
   Familienstand: . . . .
   Beruf oder Gewerbe: . . . .
   Stelle der Beschäftigung: . . . .
   Wohnung (Straße, Hausnummer)[1]:
   bei Kindern, Ehefrauen, Dienstboten Name des Haushaltungsvorstandes:
   . . . .
   bei Kindern ferner die von ihnen besuchte Anstalt (Schule, Schulklasse, Kinderbewahranstalt, Krippenanstalt u. dgl.): . . . .
4. Beginn der Krankheit: . . . .
   Bettlägerig seit: . . . .

[1]) Wenn sich die Ermittelung auf eine Mehrzahl von Fällen erstreckt, empfiehlt es sich für kleine Ortschaften oder für Ortsteile, eine einfache Planpause beizulegen, in der die betroffenen Häuser einzuzeichnen sind.

5. Der Kranke befindet sich in der . . . Woche der Krankheit, im Rückfall einer vorausgegangenen schweren, sicheren, verdächtigen Krankheit, die er in der Zeit vom . . . . bis . . . .
in . . . . durchgemacht hat.
6. Die bestehende Krankheit ist leicht, schwer, mittelschwer.
7. Behandelnder Arzt ist: . . . .
seit: . . . .
8. Der Kranke ist ortsansässig: . . . .
Der Kranke ist zugezogen seit: . . . . von (Ort, Gemeinde, Bezirksamt): . . . .
Der Kranke ist zugereist seit: . . . . von (Ort, Gemeinde, Bezirksamt): . . . .
In seinem früheren Aufenthaltsorte befand er sich seit: . . . .
Er wohnte bei (Wohnung, Straße, Hausnummer): . . . .
und war in den letzten Wochen vor der Erkrankung beschäftigt bei: . .
9. Wo hat der Kranke vermutlich den Ansteckungsstoff aufgenommen? . . .

Insbesondere:

a) Haben schon früher Familien- oder Haushaltungsmitglieder des Kranken gleiche Krankheiten durchgemacht und wann? . . . .
. . . .
Befinden sich im Haushalte bereits früher festgestellte Keimträger und welche? . . . .
b) Befinden sich im Haushalt oder bei Verwandten, Bekannten, auf der Arbeitsstätte, bei den Verkäufern von Nahrungs- oder Genußmitteln, im gleichen Orte[*]) kranke Personen? . . . .
Möglichst genaue Bezeichnung der Krankheit oder des Krankheitsverdachts: . . . .
Ist die Krankheit bei diesen Personen bereits abgelaufen oder besteht sie noch fort? . . . .
c) War der Kranke während der Inkubationszeit außerhalb seines Wohnorts und wo beschäftigt? . . . .
Befanden sich dort kranke oder krankheitsverdächtige Personen oder festgestellte Keimträger? . . . .
Sind die Krankheiten dieser Personen bereits abgelaufen oder bestehen sie noch fort? . . . .
d) Wurden Nahrungsmittel, Wäschestücke u. dgl. in letzter Zeit von auswärts geschickt? . . . .
Welche? . . . .
Woher? . . . .
Sind beim Absender etwa ähnliche Erkrankungen festzustellen? . . . .
. . . .
e) Ist das Fleisch von kranken, notgeschlachteten Tieren genossen worden? in rohem, gekochten Zustande? . . . .
An welcher Krankheit hat das Tier gelitten? . . . .
Hat Fleischbeschau stattgefunden? . . . .
Durch wen? . . . .
Ist das Fleisch für Genußzwecke tauglich, untauglich, bedingt tauglich, minderwertig erklärt worden? . . . .
10. Lassen sich auf Grund von Krankenkassenlisten, Schullisten sichere, verdächtige Erkrankungen (Todesfälle) feststellen und welche? . . . . . .
. . . .
oder sind nach diesen Listen oder den Standesamtsregistern überhaupt in den letzten Monaten Häufungen von Erkrankungen, Todesfällen aufgetreten? . . . .
Was war ihre vermutliche Ursache? . . . .
11. Sind bei der Ermittelung Proben zur bakteriologischen Feststellung bestehender oder abgelaufener, sicherer oder verdächtiger Krankheiten oder zur Feststellung von Keimträgern in der Umgebung des Kranken entnommen worden? . . . .
von wieviel Personen? . . . .

---

[*]) Kommt nur für kleine Ortschaften in Betracht.

Besteht Sicherheit, daß weitere Proben von dem Kranken, seiner Umgebung oder sonstigen Personen entnommen und zur bakteriologischen Untersuchung eingesendet werden? . . . .

12. In der Wohnung des Kranken befinden sich außer ihm und dem Haushaltungsvorstande
. . . . . Kinder im Alter von . . . . . bis . . . . . Jahren,
. . . . . . Erwachsene, darunter . . . . . . Familienmitglieder,
. . . . . Dienstboten, ... Kostgänger, ... Schlafgänger,
. . . . . Besuche,
Gesamtsumme: . . . . .
Besuchen die Kinder eine Anstalt (Schule, Kinderbewahranstalt, Krippenanstalt) und welche (Schulklasse)? . . . .

13. Die Wohnung hat Wohnräume . . . . . Schlafräume . . . .
mit . . . . Betten.
Eine Absonderung läßt sich durchführen, nicht durchführen.
In der Wohnung wird betrieben (Angabe des Gewerbes u. s. w.) . . . .
In dem gleichen Hause wohnen noch selbständige Mieter:

Verzeichnis der Mieter.

Nummer	Vor- und Familiennamen des selbständigen Mieters (Haushaltungsvorstands)	Beruf oder Gewerbe	Personenzahl beim Mieter (einschl. des Mieters)
1			
2			
3			
usw.			

14. Die Wäsche des Kranken $\frac{\text{wird}}{\text{wurde}}$ gewaschen von: . . . .

15. Ort und Beschaffenheit der Wasserversorgung des Kranken: . . . .

16. Wie werden die Ausscheidungen (Kot, Harn), Abfallstoffe, Abwasser beseitigt? Gelangen sie in einen Wasserlauf?
a) in der Wohnung des Kranken: . . . .
b) an der vermutlichen Ansteckungsstelle . . . .
Wieviel Personen sind an beiden Stellen auf den gleichen Abort angewiesen? . . . .
Sind Kinderaborte vorhanden? . . . .
Wie sind die Aborte beschaffen? . . . .

17. Sonstige bemerkenswerte, in Ziff. 1—16 nicht berührte Verhältnisse:

II.

Nur bei epidemischem und endemischem Herrschen (Vorhandensein chronischer Keimträger am Ort) von Typhus und übertragbarer Ruhr auszufüllen. Bei wiederholten Untersuchungen kann auf früher ausgefüllte Formblätter Bezug genommen werden und brauchen nur Abweichungen von früheren Ermittelungen Erwähnung zu finden.

18. In welchen Jahren (innerhalb der letzten 10 Jahre) sind daselbst Erkrankungen der gleichen Art vorgekommen? Zahl? . . . .

19. Angabe der Ortsteile und Häuser (Bezeichnung nach Straße, Hausnummer, oder sonst wie) in denen die Krankheit a) epidemisch, b) endemisch (chronische Keimträger) herrscht. Besteht in den betroffenen Häusern ein Nahrungsmittelgeschäft? Art desselben: . . . .

20. Aeußerung (Beschreibung und Urteil) über die Art der Wasserversorgung des Ortes; insbesondere Art und Beschaffenheit der Brunnen: . . . . .

21. Aeußerung (Beschreibung und Urteil) über die Art der Beseitigung der Abfallstoffe. Schwemmkanalisation. Kanalisation. Sind die Abortgruben von den Dunggruben getrennt? Kläranlagen. Sind die Abortgruben einwandfrei zementiert? Art der Entleerung derselben, pneumatische Entleerung, untertags oder während der Nacht. Sind die Dungstätten einwandfrei zementiert ev. wieviele? Kann Jauche in die Straßenrinnen fließen? Beschaffenheit der Straßenrinnen. Art der Beseitigung des Hausmülls: . .

22. Art der Milchversorgung des Ortes: . . . .
    Ist eine Sammelmolkerei im Ort oder in nächster Nähe?
    Firma, Straße, Hausnummer? . . . .
    Zahl, Name und Wohnort der Anlieferer: . . . .
23. Aeußerung über das Krankenbeförderungswesen des Ortes: . . . . . .
24. Beschaffenheit der Schulräume und Schulaborte: . . . .
25. Beschaffenheit der Aborte des Bahnhofs (Beschmutzung der Pissoirs und Abortsitze)?: . . . .
26. Beschaffenheit der Aborte in den öffentlichen Wirtschaften: . . . .
27. Leichenwesen (Leichenhalle, Zwang zu deren Benützung oder Aufbahrung im Hause): . . . .
    Leichenschau (Name und Stand): . . . .
28. Sonstige allgemeine Bemerkungen: . . . .

III.

Bereits durchgeführte oder vom Bezirksarzte vorläufig angeordnete Schutzmaßnahmen.

1. Der Kranke $\frac{\text{wird}}{\text{ist}}$ in die Krankenanstalt in . . . .
   in eine andere Wohnung zu . . . .
   am . . . . überführt $\frac{\text{werden}}{\text{worden}}$
   Die Ueberführungsmittel $\frac{\text{wurden}}{\text{werden}}$ vorschriftsmäßig desinfiziert.
2. Die Absonderung ist im Hause des Kranken durchgeführt, angeordnet worden.
   Genaue Beschreibung der Absonderung: . . . .
3. Der Kranke wird gepflegt von . . . .
   Berufsmäßiger Krankenpfleger wird eingestellt.
4. Die laufende Desinfektion ist am . . . . angeordnet worden, wird ausgeführt von dem Desinfektor . . . .
   Krankenpfleger . . . ., Haushaltungsvorstande . . . . . .
   Familienmitglied . . . . . . und überwacht von . . . .
5. Die ordnungsgemäße Ausführung der laufenden und der Schlußdesinfektion ist gesichert, unsicher weil . . . .
6. Der Haushaltungsvorstand, die Familienmitglieder, das Pflegepersonal $\frac{\text{ist}}{\text{sind}}$ über die Ansteckungsgefahr noch nicht belehrt worden, belehrt worden von . . . .
   Das Typhus-, Ruhrmerkblatt ist dem Haushaltungsvorstande . . . . .
   . . . . am . . . . ausgehändigt worden.
7. Sonstige Schutzmaßnahmen:
   . . . .
8. Die angeordneten Schutzmaßnahmen (Absonderung, Desinfektion, Pflege . . .)
   . . . .
   wurden dem Haushaltungsvorstande . . . .
   mündlich, durch Uebergabe einer Niederschrift eröffnet.

IV.

An das K. Bezirksamt . . . .

An den Stadtmagistrat . . . .

mit folgenden Anträgen:

den 19

Der K. Bezirksarzt:

V.

Verfügungen des Bezirksamts . . . .

Stadtmagistrats . . . .

VI.

Nr. . . . . . .

Vorgelegt
dem Landeskommissar für die Typhusbekämpfung in der Pfalz zu Speyer
(Regierungsgebäude)
(wenn es sich um Typhus, übertragbare Ruhr, Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung handelt, sonst)
der K. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern, in Speyer.
(Berichtliche Zusätze, soweit sie noch veranlaßt sind): . . . .
. . . .

. . . ., den 19

Bezirksamt . . . .

Stadtmagistrat . . . .

VII.

Nr. . . . . . .

An die K. bakteriologische Untersuchungsstation in Landau zur Kenntnisnahme . . . .

Speyer, ... 19 . .

K. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern:

Der Landeskommissar für die Typhusbekämpfung in der Pfalz:

Anlage II.

Formblatt II

zu Ziff. 3 der Regierungs-Entschließung vom 4. Oktober 1913 (K.-A.-Bl. S. 167 ff.)
für die

Berichte an die K. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern oder den Landeskommissar für die Typhusbekämpfung in der Pfalz über den Verlauf von gemeingefährlichen Krankheiten, sowie von Erkrankungen an Typhus, übertragbarer Ruhr, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung (Paratyphus).

I	II							
		Zugänge						
		1	2	3	4	5		6
						bei Kindern		
Tag und Nummer der ersten Vorlage (des Ergebnisses der Ermittelungen usw.) an die K. Regierung der Pfalz oder den Landeskommissar für die Typhusbekämpfung in der Pfalz.	Gemeinde Ortschaft	Nr.	Vor- und Familienname, Geschlecht, Alter, Familienstand	Beruf oder Gewerbe, Stelle der Beschäftigung	Gegenwärtige Wohnung	Name und Stand der Eltern	Angabe der besuchten Anstalt (Schule, Krippe u. dgl.)	Tag der Erkrankung
		1						
		2 usw						

an Kranken:			III			IV
7	8	9	Abgänge von Kranken: Vor- und Familienname, Geschlecht, Alter, Familienstand			Sonstige Bemerkungen: über spätere Schutzmaßnahmen, später festgestellte Ansteckungsquellen, Ergebnis bakteriologischer Untersuchungen usw.
Tag der Anzeigeerstattung.	Name des zugezogenen Arztes.	Besondere Bemerkungen über die Quelle der Ansteckung, ob, wann und woher der Erkrankte zugereist ist, über die Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, über die Lage seiner Wohnung zu den Wohnungen, in denen die Krankheit bereits aufgetreten ist.[1])	1	2	3	
			Nr.	durch Genesung [2])	durch Tod	
			1			
			2 usw.			

Nr. . . . . . .

Vorgelegt
dem Landeskommissar für die Typhusbekämpfung in der Pfalz
zu Speyer (Regierungsgebäude)
(wenn es sich um Typhus, übertragbarer Ruhr, Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung handelt, sonst):
der K. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern,
zu Speyer.

. . . ., den . . . . 191 .

K. Bezirksamt . . . .
Stadtmagistrat . . . .

Nr. . . . . .

An die
K. Bakteriologische Untersuchungsstation
zu Landau

zur Kenntnisnahme und Wiedereinsendung mit der Niederschrift über das Ergebnis der Ermittelungen . . . .

Speyer, den . . . . . 191 .

K. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern:

Der Landeskommissar für die Typhusbekämpfung in der Pfalz:

---

[1]) Für kleinere Ortschaften oder für Ortsteile ist, wenn sich die Krankheit weiter verbreitet, eine einfache Planpause beizulegen, in der die betroffenen Häuser einzuzeichnen sind.

[2]) Fälle der Genesung sind erst bei Aufhebung der Schutzmaßnahmen (der Absonderung) einzutragen.

Anlage 8.

Formblatt

für Anordnung des Bezirksamtes an das Bürgermeisteramt.

No. . . . . 191 .

K. Bezirksamt . . . .

An das

Bürgermeisteramt . . . .

Betreff:

Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Mit 1 Formblatt.

Der Arzt . . . . in . . . .
die K. bakteriologische Untersuchungsstation Landau, der Haushaltungsvorstand (eine sonstige Person)[1] . . . .
machte die Anzeige, daß in der Familie des[1] . . . .
in . . . .
d . . . . jährige . . . .
an Typhus übertragbarer Ruhr unter typhus-ruhr-verdächtigen Erscheinungen[1]) erkrankt ist.

Gemäß Art. 67 Abs. 2 Pol.-Str.-G.-B. u. Min.-Bek. vom 9. Mai 1911 — G.-V.-Bl. S. 426 ff. — wird hiermit folgende

Anordnung

zur Verhütung weiterer Erkrankungen erlassen:

1. Das Bürgermeisteramt hat dafür Sorge zu tragen, daß der Kranke oder Krankheitsverdächtige ohne Verzug abgesondert wird, am besten durch Ueberführung in ein Krankenhaus (§ 10 der Min.-Bek. vom 9. Mai 1911).

Ist die Ueberführung in ein Krankenhaus undurchführbar, so ist die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett sofort vom Bürgermeisteramt anzuordnen, falls dies nicht schon vorläufig durch den K. Bezirksarzt bei der Ortsbesichtigung geschehen ist (§ 11 a. a. O.).

Durch Streitigkeiten über die Kostenfrage dürfen die notwendigen Desinfektionsmaßnahmen unter keinen Umständen aufgehalten werden.

Die Kosten werden am besten von der Gemeinde übernommen, da es sich um Maßnahmen im Interesse des allgemeinen öffentlichen Wohles handelt.

2. Die Pflege des in seiner Behausung gebliebenen Kranken ist, wenn irgend möglich, berufsmäßigen Krankenpflegern zu übertragen, ebenso die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett. Ist berufsmäßiges Krankenpflegepersonal nicht zu erhalten, so muß die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett von dem privaten Pflegepersonal gemäß der anliegenden Anweisung ausgeführt werden. Der Haushaltungsvorstand ist für richtige Ausführung verantwortlich. Es sei aber darauf aufmerksam gemacht, daß erfahrungsgemäß die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett nur dann sichere Aussicht auf wirksame Durchführung hat, wenn sie durch Personal ausgeführt wird, das in der Desinfektion besonders geschult ist (Krankenpfleger, Desinfektoren). Der Desinfektor hat jedoch mit der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett nur dann zu tun, wenn er vom behandelnden Arzt zugezogen wird.

3. Im Falle der Ueberführung in ein Krankenhaus, der Entfernung aus der Wohnung oder des Ablebens ist die Schlußdesinfektion sofort ohne weiteres anzuordnen. Im Falle der Genesung wird der Termin der Schlußdesinfektion vom K. Bezirksarzt dem Desinfektor direkt mitgeteilt (§ 20 a. a. O.).

4. Das Bürgermeisteramt hat sofort die zur Ausfüllung des amtlichen Anzeigeformulars (Formblatt zur Anzeige übertragbarer Krankheiten) nötigen Erhebungen zu betätigen und ein ausgefülltes Anzeigeformular dem K. Bezirksamt, ein zweites der K. bakt. Untersuchungsstation in Landau zu übersenden.

Letzteres gilt auch für jene Fälle, in welchen die Anzeige von der K.

---

[1]) Das Nichtzutreffende durchstreichen!

bakt. Untersuchungsstation Landau dem K. Bezirksamt übermittelt wurde vor Einlauf der Anzeige einer anderen Stelle.

5. Dem Haushaltungsvorstand ist die anliegende bürgermeisteramtliche Anordnung gegen vorzulegenden Nachweis (Anhängeblatt bei letzterer!) aushändigen zu lassen.

6. Der Desinfektor hat in jedem Falle — also auch dann, wenn er zur fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett nicht beigezogen wird, — den Abort, die Abort- und Dunggrube, bei Aborten, welche außerhalb des Hauses gelegen sind, den Weg vom Hause zum Abort, schadhafte Stellen in der Pflasterung des Hofes, in denen sich Wasser und Jauche ansammeln kann, Abwasserrinnen im Hofe und die Straßenrinnen 10 m auf- und abwärts vom Hause bei Beginn der Erkrankung und mindestens einmal wöchentlich während der Dauer der Erkrankung sowie bei der Schlußdesinfektion ausgiebig mit Kalkmilch zu desinfizieren.

Zu diesem Zwecke hat der Desinfektor aus der nächsten Apotheke 2 Liter käufliche Kresolseifenlösung, $^1/_2$ Liter Formalin und 10 kg Kalk zu beschaffen. Was hiervon übrig bleibt, ist dem Haushaltungsvorstand für die Ausführung der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett zu übergeben.

Anlage 4.

Formblatt

für Anordnung des Bürgermeisteramtes an den Haushaltsvorstand usw.

Nr. . . . . . .

Bürgermeisteramt . . . .

An

. . . .

in . . . .

Betreff:
Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Der Arzt . . . . in . . . .
die K. bakter. Untersuchungsstation Landau, der Haushaltungsvorstand (eine sonstige Person)[1] . . . .
machte die Anzeige, daß in der Familie des[1] . . . .
in . . . . d . . . . jährige . . .
. . . .
an Typhus übertragbarer Ruhr unter typhus-ruhr-verdächtigen Erscheinungen,[1] erkrankt ist.

Gemäß Art. 67 Abs. 2 des Polizeistrafgesetzbuches wird hiermit folgende

Anordnung

zur Verhütung weiterer Erkrankungen erlassen.

1. Soferne nicht die sofortige Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus erfolgt, ist er sofort möglichst sicher von den Wohnräumen der Familie, insbesondere von der Küche, von den Geschäftsräumen (Wirtschaft, Laden) und Lebensmittelniederlagen (Milch, Butter, Gemüse, Fleisch) abgesondert unterzubringen.

2. Wenn irgendmöglich, ist, soferne der Kranke im Hause bleibt, berufsmäßiges Krankenpflegepersonal beizuziehen.

3. Für den ersten Bedarf ist an Desinfektionsmitteln nötig:

2 Liter Kresolseifenlösung, $^1/_2$ Liter Formalin, 10 kg Kalk. Diese Desinfektionsmittel sind nach dem im Verlaufe der Krankheit allmählich eintretenden Aufbrauch der angegebenen Menge entsprechend zu ergänzen.

4. Vor dem Krankenzimmer ist sofort ein Eimer oder Topf mit Kalkmilch aufzustellen, aus dem alle Ausscheidungen des Kranken (Stuhlgang, Urin, Auswurf, Erbrochenes) mit einer gleichen Menge Kalkmilch gemischt werden müssen. Die so desinfizierten Ausscheidungen müssen 2 Stunden stehen

[1]) Das Nichtzutreffende durchstreichen!

bleiben, ehe sie in den Abort entleert werden dürfen. Kommen Entleerungen des Kranken auf den Boden, so ist sofort Kalkmilch oder Kresolwasser (s. unten) darauf zu gießen und 2 Stunden stehen zu lassen, ehe die Ausleerungen weggeputzt werden dürfen.

Kalkmilch: In ein Gefäß legt man 2 kg frischgebrannten Kalk (Aetzkalk) und besprengt diesen solange mit Wasser, bis der Kalk nach Aufbrausen zu Kalkpulver zerfallen ist; hierzu werden 6 Liter Wasser gegossen. Vor Gebrauch ist die Mischung mit einem Stock, der stets im Gefäß vorhanden sein muß, umzurühren. Die Kalkmilch muß stets zugedeckt sein, da sie am Licht bald unwirksam wird.

Wenn frisch gebrannter Kalk nicht vorhanden ist, kann man Kalk aus der Tiefe (nicht Oberfläche) einer Kalkgrube verwenden. Es werden alsdann zu 2 kg solcher Kalkmasse 6 Liter Wasser zugegossen. Vor Gebrauch umrühren! Zudecken!

5. Im Abort ist ein Eimer mit der gleichen Masse aufzustellen. Aus diesem sind nach jeder Benutzung des Abortes, gleichviel durch wen, ungefähr 3 Schöpflöffel Kalkmilch in den Aborttrichter zu gießen; auch sind das Sitzbrett und sonstige Holzteile des Abortes öfter mit Kresolwasser zu reinigen.

Kresolwasser: Es werden 50 ccm käufliche Kresolseifenlösung auf ein Liter Wasser oder (zur Herstellung größerer Mengen) $^1/_2$ Liter Kresolseifenlösung auf 10 Liter Wasser genommen.

6. Im Hausgang neben der Tür des Krankenzimmers ist eine Bütte mit Kresolwasser aufzustellen, in welche alle vom Kranken benützten oder bei seiner Pflege gebrauchten waschbaren Kleidungsstücke und alle Wäschestücke vollständig unterzutauchen und 12 Stunden zu belassen sind.

Alsdann können sie wie unverdächtige Wäsche weiter behandelt werden.

7. Im Krankenzimmer ist eine Waschschüssel mit Kresolwasser aufzustellen (50 ccm Kresolseifenlösung auf 1 Liter Wasser). In dieser hat sich jede Person, welche das Zimmer betreten hat, vor dem Verlassen des Zimmers die Hände gründlich zu reinigen. Das Pflegepersonal muß im Krankenzimmer waschbare Ueberkleider (Aermelschürze) anlegen. Vor dem Verlassen des Zimmers sind die Ueberkleider abzulegen.

8. Vor der Türe des Krankenzimmers ist eine Fußmatte oder Aehnliches anzubringen, welche stets mit Kresolwasser getränkt sein muß. Jede Person, welche das Zimmer verlassen hat, muß sich auf dieser Matte die Schuhe gründlich reinigen.

9. Die vom Kranken benutzten Spucknäpfe müssen zur Hälfte mit Kresolwasser gefüllt sein.

Das vom Kranken benutzte Waschwasser ist mit 50 ccm käuflicher Kresolseifenlösung zu versetzen, ehe es weggegossen werden darf. Jedem Bad ist nach Gebrauch soviel Kalkmilch zuzusetzen, daß rotes in das Wasser getauchtes Lakmuspapier kräftig und dauernd blau gefärbt erscheint. Die Kalkmilch ist in diesem Falle vorher durch ein Tuch durchzuseien, damit Ventile nicht verstopft werden können. Das desinfizierte Badewasser darf erst nach 2stündigem Stehen abgelassen werden.

10. Eß- und Trinkgeschirre, welche im Krankenzimmer benutzt wurden, sind folgendermaßen zu behandeln: Auskochbare Gegenstände sind in kaltes Wasser, dem etwas Soda zugesetzt ist, zu legen. Das Wasser ist zum Sieden zu erhitzen und muß mindestens $^1/_4$ Stunde im Kochen erhalten werden. Auf dem Boden des Auskochgefäßes ist ein Lattenrost oder Aehnliches anzubringen, damit Gläser beim Kochen nicht zerspringen.

Die nicht auskochbaren Messer und Gabeln sind eine Stunde lang in 1 %tiges Formalinwasser (30 ccm käufliches Formalin auf 1 Liter Wasser) zu legen und dann gründlich abzureiben.

11. Ausleerungen eines Kranken — oder Krankheitsverdächtigen — dürfen nicht auf offene Dungstätten, auf die Straße, in den Stall oder in die Nähe eines Brunnens gelangen. Ist die Dungstätte mit der Abortgrube verbunden, so sind die Ausleerungen des Kranken usw. in einem tiefen Loche an einer abgelegenen Stelle des Gartens, an der Gemüse nicht verunreinigt werden kann, zu vergraben, nachdem sie vorher nach obiger Anweisung desinfiziert worden sind.

12. Das Betreten des Krankenzimmers ist allen Personen, die nicht direkt mit der Pflege, Behandlung oder Ueberwachung des Kranken zu tun haben, verboten.

13. Die fortlaufende Desinfektion ist in dieser Weise bis zur Anordnung der Schlußdesinfektion, deren Termin, falls die Krankheit in Genesung übergegangen ist, vom K. Bezirksarzt dem Desinfektor direkt bekannt gegeben wird, durchzuführen.

14. Sobald dem Genesenen erlaubt ist, seine Wohnung zu Spaziergängen zu verlassen, hat er bis zur Feststellung seiner völligen Genesung durch amtliche bakteriologische Untersuchung das Betreten anderer Wohnungen oder Gebäude insbesondere von öffentlichen Lokalen, Verkaufsläden, Versammlungslokalen sowie jede Berührung mit Personen, welche nicht zu seiner Pflege, Behandlung oder Ueberwachung berufen sind, zu vermeiden. Auch darf er seine Notdurft nicht außerhalb der Wohnung verrichten.

15. Eltern und Pflegeeltern sind gehalten, Kinder, Pflege- und Kostkinder gemäß Ziffer 14 zu überwachen.

16. Von den Kranken und sämtlichen Familien, in kleineren Häusern Hausgenossen, ist sofort dem Desinfektor eine Stuhl- und Urinprobe in den vom Desinfektor überbrachten Gefäßen bereitzustellen. Die weitere Einsendung von Untersuchungsmaterial richtet sich nach dem vom K. Bezirksarzt aufgestellten Ablieferungsplan.

17. Die anhängenden Anklebezet el sind an der Krankenzimmer- und an der Aborttüre anzubringen. Handelt es sich nicht um Typhus, sondern um übertragbare Ruhr, dann ist das Wort „Typhus" auf dem einen Zettel zu durchstreichen und „Ruhr" darüber zu schreiben. Die Zettel müssen bis zur Schlußdesinfektion angeheftet bleiben und werden erst dann vom amtlichen Desinfektor abgenommen.

Zuwiderhandlungen gegen Vorstehendes können mit Geldstrafe bis zu 90 Mark oder mit Haft bis zu 4 Wochen bestraft werden.

(Unterschrift des Bürgermeisters:)

An die Außenseite der Krankenzimmertüre kleben!

Hier Typhuskranker!
Besuch verboten!

An die Aborttüre kleben!

Nach jeder Benützung
drei Schöpflöffel Kalkmilch
nachgießen!

Betreff:
Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Ich bestätige hiermit, daß mir heute die bürgermeisteramtliche Anordnung vom . . . . l. J. ausgehändigt und ihrem wesentlichen Inhalt nach eröffnet wurde.

(Haushaltungsvorstand:)

. . . .

Dem K. Bezirksamt . . . . vorgelegt.

. . . ., den . . . . 191 . .

Das Bürgermeisteramt:

Anlage 5.

Formblatt

für Einsendung von Stuhl und Urin zur bakteriologischen Untersuchung.

Der Kgl. Bezirksarzt in 19

Kgl. Bakteriol. Untersuchungsstation Landau.

An den Desinfektor . . . .

in . . . .

Gemäß Anordnung des Kgl. Bezirksarztes in . . . . vom . . . . 19 . . ist von folgenden Personen in den mitgesandten Gefäßen zu den unten bezeichneten Terminen Stuhl und Urin einzusenden:

Nr.	Vor- und Zunamen Stand	Wohnort, Straße Haus-Nr.	Datum der Einsendungen					
…………	…………	…………	……	……	……	……	……	……
…………	…………	…………	……	……	……	……	……	……
…………	…………	…………	……	……	……	……	……	……
…………	…………	…………	……	……	……	……	……	……

Dieses Schriftstück kann dem Bürgermeisteramt als Ausweis über die Tätigkeit des Desinfektors vorgelegt werden.

Anlage 6.

Uebersicht

über die Tätigkeit der Kgl. bakteriologischen Untersuchungsstation Landau.

I.

Zahl aller im Jahre 1911 ausgeführten Untersuchungen 12 647
„ „ „ „ 1912 „ „ 13 260
„ „ „ „ 1913 „ „ 21 111

Zahl aller in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 1914 ausgeführten Untersuchungen:
1. Vierteljahr 1914 . . . . 7 604
2. „ 1914 . . . . 6 625

14 229

Voraussichtl. Gesamtzahl der Untersuchungen für 1914 rd. 28 000

II.

Zahl der zum Nachweise des Typhus ausgeführten Untersuchungen:
1. Vierteljahr 1914 . . . . 3 916
2. „ 1914 . . . . 3 477

7 393

III.

Anderweitige nicht zum Nachweis des Typhus ausgeführte Untersuchungen:

a) Diphtherie: 1. Vierteljahr 1914 . . 782
„ 2. „ 1914 . . 565 = 1 347 (237 pos. = 17,6 %)

b) Geschlechtskrankheiten:
1. Vierteljahr 1914 . . . . 103 (Wasserm. R.: 35,9 % pos.)
2. Vierteljahr 1914 . . . . 127 = 230 (Gonok.: 39,6 % positiv)

c) Ruhr: 1. Vierteljahr 1914	348		
„ 2. Vierteljahr 1914	420	= 768 (Gruber-Widal R.: 7,4 % pos.)	
d) Tuberkulose: 1. Vierteljahr 1914	401		
„ 2. Vierteljahr 1914	521	= 922 (192 pos. = 20,8 %)	
e) Varia: 1. Vierteljahr 1914	252		
„ 2. Vierteljahr 1914	490	= 742	
f) Wasser (Keimzahl und chemisch):			
1. Vierteljahr 1914	162		
2. Vierteljahr 1914	295	= 457	
g) Hygienische Untersuchungsstelle:			
1. Vierteljahr 1914	1 640		
2. Vierteljahr 1914	730	= 2 370	6 836
			14 229

Ueber die Zentralisation der gesamten Fürsorgebestrebungen.

Von Dr. **Rißmann**-Osnabrück.

Im „Aerztlichen Vereinsblatte“ vom 16. Oktober habe ich in aller Kürze darauf hingewiesen, daß bei den Fürsorgeeinrichtungen eine beklagenswerte Vergeudung von Menschenkraft und Geld schon betrieben ist und scheinbar andauernd ausgeübt werden soll. Ich habe daran erinnert, daß Ascher in Hamm Vorzügliches durch seine „Fürsorgeämter“ in Hamm geleistet hat, daß ich auf dem III. Internationalen Säuglingskongreß in Berlin den Plan einer „Zentrale für Volkswohl“ gab und daß neuerdings Sieveking in der „Deutschen med. Wochenschrift“ die scheinbar sehr guten Hamburger Einrichtungen schilderte. Alles geschah leider ohne durchgreifenden Erfolg! Ich halte es deshalb für zeitgemäß, auf einige Hauptfehler hinzuweisen und das gerade in dieser Zeitschrift, **weil ich den Kreis-(Bezirks-)Arzt für den geborenen Fürsorgearzt halte, namentlich in kleineren Städten und auf dem Lande.** Besteht ein Fürsorgeausschuß, so übertrage man dem Kreisarzte den Vorsitz im Ausschusse, dem natürlich auch die einzelnen Fürsorgeärzte angehören. Gewiß hat Langerhans (Celle) Recht, wenn er auf der außerordentlichen Tagung der „Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens“ in Hannover darauf hinwies, daß der schon jetzt mit Arbeit überhäufte beamtete Arzt zu diesem Zwecke Hilfskräfte haben müsse. Hilfskräfte betone ich, nicht etwa nur eine Hilfskraft, die mit großem Gehalte neu anzustellen wäre und dann wieder eine Reihe von weiteren Hilfskräften teilweise oder ganz unter ihrem Befehle hätte. Die Hilfskräfte müssen unter sich **koordiniert** sein. Nur so ist es möglich, an bestehende bewährte Einrichtungen anzuknüpfen und sie auszubauen. Dadurch werden Unsummen zu sparen sein; es werden Reibungen und Streit vermieden und Arbeitsfreudigkeit nicht gehemmt, sondern durch die übertragene Verantwortlichkeit gehoben werden. Das ist doppelt wichtig zu betonen, weil es sich hauptsächlich um weibliche

Hilfskräfte des Kreisarztes handeln dürfte. Schon allein aus diesem Grunde verwerfe ich die geplanten Fürsorgeeinrichtungen des Königsreiches Sachsen. Welche Hilfskräfte sind nun schon jetzt vorhanden und bieten sich den Augen aller dar, sofern sie vorurteilsfrei suchen? Es sind Krankenschwestern und Hebammen, die künftig zweckmäßiger Hebammenschwestern genannt werden. Nur wenn die Kräfte dieser Personen nicht mehr ausreichen und das wird häufig genug der Fall sein — regelmäßig sicher in größeren Städten — darf man zur Anstellung weiterer Hilfskräfte schreiten, die aber, wie gesagt, der Kranken- und Hebammenschwester nicht übergeordnet werden dürfen. Wie die Arbeit zwischen Krankenschwestern, Hebammenschwestern und weiteren Hilfskräften zu verteilen sein wird, darüber maße ich mir gar kein Urteil an, das zu bestimmen, ist Sache des Kreisarztes, es hat rein lokale Bedeutung.

Aber natürlich erscheint mir, wie ich in aller Bescheidenheit anführen möchte, daß man der Krankenschwester die Tuberkulosefürsorge, der Hebammenschwester die Mutter- und Säuglingsfürsorge und außerdem, wenn die Gemeinden klein und die Häuser weit auseinander liegen — noch die Alkoholfürsorge und die Wohnungsfürsorge überträgt. Ob das möglich ist, entscheidet der betreffende Kreisarzt. Ganz energisch bestreite ich, daß diejenigen Recht haben, die behaupten, aus Gründen der Infektionsgefahr dürfe man die Wohnungsfürsorge der Hebammenschwester nicht übertragen, während eine „Bezirksfürsorgerin“ sowohl Tuberkulose- wie Wohnungs-, Säuglings- und Kinderfürsorge ohne Bedenken soll ausüben können. Besonders am Herzen liegt mir, daß auch die Alkoholfürsorge endlich auf dem Lande und in kleinen Städten ausgeübt wird; in Hannover habe ich auf unserer Tagung die Hebammenschwester unter Umständen für geeignet dazu erklärt. Nachträglich finde ich, daß der Zentralausschuß für Trinkerfürsorge in Baden 1916 in „Neue Wege“ folgendes ausführt:

> „Die organisierte Fürsorge in kleinen Städten und auf dem Lande kann man nicht so regeln wie in größeren Städten; es wäre wohl ratsamer, verschiedene andere Zweige der privaten Wohlfahrtspflege, wie Säuglingsschutz und derartige, mit der Trinkerfürsorge zu vereinigen, weil sie doch in einzelnen Fällen häufig in Frage käme.“

Man kann u. a. sogar mit Recht sagen, daß in Trinkerfamilien fast regelmäßig andere Zweige der Fürsorgetätigkeit in Frage kommen. Pastor Pfeiffer-Berlin führte auf der Kriegstagung Deutscher Berufsvormünder in Leipzig aus, daß nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche ein Gemeindewaisenrat der gegebene Rahmen sei, in den sich alle Fürsorge für Säuglinge, Kleinkinder und uneheliche Minderjährige einzufügen hat. Auf dem Lande empfiehlt Pfeiffer die Ausbildung der Hebammen zu dem Berufe von Pflegerinnen, die dem Waisenrat unterstehen. Ob das möglich ist, mag der Kreisarzt entscheiden; mir will's plausibel scheinen. Hoffen wir doch nicht auf eine sog. Hebammenreform nach dem Kriege, wenn wir nicht die Berufstätigkeit der Hebammen-

schwestern vergrößern, namentlich in kleinen Städten und auf dem Lande!

Ich komme schließlich noch auf eine andere Art der Geldvergeudung auf dem Gebiete der Fürsorgebestrebungen, das ist die ganz unnötig komplizierte Vor- und Ausbildung, die man für „Fürsorgerinnen" in der Theorie aufgestellt hat. Ich führe das für ein Gebiet aus, wo ich mich als einigermaßen sachverständig betrachten darf. Eine tüchtige Hebammenschülerin braucht heutzutage nicht noch in ein Säuglingsheim oder in das Kaiserin Auguste Victoriahaus, um dort Säuglingsfürsorge betreiben zu können. Aber man scheint von den Kinderärzten die hohen Verdienste der deutschen Medizinalbeamten (Wegner, Dörfler u. v. a.) nicht zu kennen oder ganz vergessen zu haben. Haben diese Aerzte nicht mit schlecht vorgebildeten Hebammen allein ganz Vorzügliches in der Säuglingsfürsorge geleistet?! Schickt man uns erst gescheitere Schülerinnen, verlängert man die Kurse auf ein Jahr, so mache ich mich anheischig, die Schülerinnen für alle Fürsorgetätigkeiten auszubilden, die für sie auf dem Lande oder in kleineren Städten überhaupt in Frage kommen können. Die Kreisärzte mögen das Programm dazu aufstellen! Ueberhaupt hat eine wirklich tüchtige Hebammenschwester das **beste** Fundament für alle Arten der Fürsorgetätigkeiten und nicht die Säuglingsschwester, die von Mutterfürsorge nichts versteht. Vor einer Reihe von Jahren glaubte man in Preußen die Hebammenschwestern sogar in der Krüppelfürsorge verwenden zu können. Ich kenne keinen Grund dafür, daß das jetzt nicht möglich wäre, hauptsächlich deshalb nicht, weil doch inzwischen die Ausbildungszeit auf 9 Monate verlängert wurde.

Es liegt im Interesse des Volkswohles, daß wir nach dem Kriege hygienische Fürsorge in größtem Stile treiben; es sind auch die Bestrebungen zu billigen, die man heutzutage gern mit dem Worte „Bevölkerungspolitik" bezeichnet, aber ohne die Kreisärzte schweben alle diese Bestrebungen in der Luft. Die Kreisärzte mögen deshalb sorgen, daß bei diesen an sich anerkennenswerten Bestrebungen nicht Geld und Menschenkraft verschleudert und eine einseitige Politik verfolgt werden.

Nachtrag: Inzwischen hat Deneke-Magdeburg eine kleine Schrift veröffentlicht: „Die Aerzte, Fürsorgeschwestern etc. im Dienste des Säuglingsschutzes in der Provinz Sachsen." Also leider „nur" im Dienste des Säuglingsschutzes! Wenn damit wenigstens der Mutterschutz zu gleicher Zeit betrieben würde! Wir Hebammenlehrer müssen diese Pläne schon deshalb ablehnen, weil wir in Hannover die These annahmen: „Eine Unterstellung der Hebammen unter andere weibliche Fürsorgepersonen darf nicht erfolgen." Eine ausführliche Kritik der Schrift behalte ich mir für die hoffentlich am 1. Januar 1917 erscheinende „Beilage zur Medizinal-Beamten-Zeitung" vor.

Heute will ich nur stark bezweifeln, daß es in Preußen noch viele Hebammenschulen gibt, die ihren Schülerinnen „nur Gelegenheit geben, die Säuglinge in den ersten 2—3 Lebenswochen zu beobachten.“

Aus Versammlungen und Vereinen.

Vorläufiger Bericht über die ausserordentliche Versammlung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens am 21. Oktober d. J. in Hannover.

Die außerordentliche Tagung war gut besucht; als Vertreter der Medizinalabteilung des Preußischen Ministeriums des Innern war Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne-Berlin, als Vertreter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins Geh. Med.-Rat Dr. Langerhans-Celle und als Vertreter des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes Generalsekretär Herzau erschienen. Der Hauptberatungsgegenstand der Sitzung bildete die **Mitwirkung der Hebammen in der Säuglingsfürsorge.** Den Teilnehmern waren die Leitsätze der drei Berichterstatter: Kehrer-Dresden, Mann-Paderborn und Rißmann-Osnabrück nebst Begründung schon vorher zugestellt; sie werden ebenso wie ein ausführlicher Bericht über die Versammlung in der voraussichtlich am 1. Januar 1917 zu dieser Zeitschrift unter dem Titel „Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege“ erscheinenden Sonderbeilage veröffentlicht werden. Deshalb sollen jetzt hier nur die nach längerer Erörterung neuaufgestellten und einstimmig angenommenen Leitsätze angeführt werden, für die auch die Vertreter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und des Deutschen Aerztevereinsbundes stimmten. Sie lauten:

„1. Die seit Jahren erstrebte Hebammenreform ist zurzeit noch dringender notwendig, um nach dem Friedensschluß eine zweckmäßige Bevölkerungspolitik in die Wege zu leiten.

Dazu bedarf es:

a) einer wirtschaftlichen Besserstellung der Hebammen;
b) einer besseren Vorbildung und sorgfältigeren Auswahl der Schülerinnen;
c) einer längeren und gründlicheren Ausbildung in den Hebammenschulen, auch in der Säuglingsfürsorge durch geeignete Erweiterungen.

2. Die Hebamme ist berufen in der Säuglingsfürsorge mitzuwirken. Eine Unterstellung der Hebammen unter andere weibliche Fürsorgepersonen darf nicht erfolgen.“

Dr. Rißmann-Osnabrück.

III. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz in Berlin am Sonnabend, den 30. Oktober d. J.

Die Landeskonferenz fand im Plenarsitzungssaal des Herrenhauses in Berlin unter dem Vorsitz von Kabinettsrat Kammerherrn Dr. v. Behr-Pinnow und unter Beteiligung der Reichs- und Staatsbehörden, der Städte, zahlreicher Organisationen und Einzelteilnehmer statt.

I. Vorschläge für ein Kreisfürsorgegesetz.

a. Der erste Berichterstatter, Kabinettsrat Dr. v. **Behr-Pinnow**, wies zunächst darauf hin, daß die Bestrebungen der sozialen Hygiene, namentlich auf dem Gebiete der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge sowie der Tuberkulosebekämpfung einen erheblichen Umfang gewonnen haben dank der Tätigkeit und des gemeinsamen Arbeitens der Kommunen und Privaten sowie dank der Anregungen und Hilfen der Staatsregierung. Eine umfassende Durchführung, die besonders für die ländlichen Verhältnisse dringend nötig ist, läßt sich aber auf diesem Wege nicht erreichen. Es treten vielfach stärkere Hinderungsgründe, Mangel an Mitteln, weite Entfernungen u. a. in den Weg, so daß eine allgemeine Einführung ohne staatlichen Zwang und staatliche Unterstützung nicht zu erhoffen ist. Darum wird der Erlaß eines Kreisfürsorgegesetzes vorgeschlagen, das die Einrichtung eines Kreisfürsorgeamtes vorschreibt. Dieses Amt soll unter Leitung eines Kreisfürsorgearztes stehen und nur sozialhygienische

Arbeiten betreiben, die private und sonstige Kräfte nicht ausführen können. Es soll anregen, zusammenfassen, beaufsichtigen und unterstützen. Neben den obligatorischen Aufgaben der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge ist noch unbedingt die Wohnungsfrage zu betreiben. Für die Durchführung der sozialhygienischen Arbeiten ist die Ausbildung und Heranziehung von geeigneten weiblichen Kräften von größter Bedeutung. Wir bedürfen der Kreisfürsorgerinnen, die nicht örtliche Krankenpflege und ähnliche Aufgaben zu übernehmen haben, sondern Gesundheitspflege treiben sollen, im negativen Sinne Abwehr von Erkrankungen und sonstigen gesundheitlichen Schädigungen, im positiven Sinne Anleitung zum vernunftgemäßen Leben in Ernährung und Körperpflege, Bekleidung und Behausung usw. Zu solchen Stellungen werden nur besonders geeignete Persönlichkeiten mit staatlichen Krankenpflegerinnenexamen in einem mindestens einjährigen Kursus ausgebildet werden können. Wenn die Fürsorgerinnen eine Zeitlang in der Praxis gearbeitet haben, werden besonders Befähigte von ihnen zu einem weiteren Kursus zugelassen werden können, in dem sogenannte Kreispflegerinnen ausgebildet werden, d. h. Persönlichkeiten, die im Kreisfürsorgeamt unter dem Fürsorgearzt organisierend und namentlich die Tätigkeit der Fürsorgerinnen kontrollierend und begutachtend wirken.

b. Der zweite Berichterstatter, Kreisarzt Med.-Rat Dr. **Berger-Crefeld**, führte etwa folgendes aus: Die deutschen Säuglinge müssen als Teile des deutschen Volksverbandes in synthetischer Landesarbeit behandelt werden. Richtige Säuglingsfürsorge wird gekennzeichnet durch Mutterberatungsstellen und häusliche Fürsorge jeder Art. Leiter der Mutterberatungsstellen müssen Aerzte sein, denen Fürsorgerinnen für Hausbesuche zur Seite stehen. Alle weiteren Fürsorgemaßnahmen müssen sich nach Bedarf angliedern. Dahin gehören Förderung des Stillens, Milchküchen, Verbesserung des Hebammenwesens, Fürsorge für Schwangere, Mütter, Wöchnerinnen. Unsere Arbeit hat sich weiter auf das heranwachsende weibliche Geschlecht zu erstrecken. Die Fürsorge für die gefährdeten, Zieh- und unehelichen Kinder ist einheitlich zu regeln. Für gesundheitlich gefährdete und kranke Kinder sind besonders Einrichtungen notwendig. Durch gesundheitliche Schulung wird die Mitarbeit des ganzen Volkes erreicht. In der Fürsorge für kleine Kinder hat die Säuglingsfürsorge ihre Fortsetzung zu finden. Die gesamten Bestrebungen sind kreisweise zusammenzufassen in einem Kreisfürsorgeamt, an dessen Spitze der Landrat steht. Die gesamte Fürsorge liegt am zweckmäßigsten in der Hand des Kreiskommunalarztes, unter dem die Fürsorgerinnen arbeiten; ihm muß außerdem noch die Tuberkulosebekämpfung obliegen. Die Anstellung eines Kreiskommunalarztes ist in jedem Kreise durchführbar. Die Zusammenfassung der Säuglingss- und Kleinkinderfürsorge und weiter der Tuberkulosenfürsorge in dem Kreisfürsorgeamt ist notwendig, weil so allein von einem Mittelpunkt aus ersprießlich gearbeitet werden kann. Dem Fürsorgeamt, das möglichst zu einem Wohlfahrtsamt zu erweitern ist, liegt die fortlaufende Fürsorge für alle Altersklassen ob.

II. Die Organisation der Säuglingsfürsorge in einer Provinz.

a. Der erste Berichterstatter, Oberpräsidialrat **Breyer-Magdeburg**, schildert die Fürsorgeorganisation in der Provinz Sachsen. Die „Hauptstelle für Säuglingsschutz in Magdeburg wurde im Jahre 1910 gegründet; sie sollte an Stelle der bisherigen vereinzelten privaten Fürsorge eine allgemeine und organisierte Bekämpfung der erschreckend zunehmenden Säuglingssterblichkeit setzen. Die Hauptstelle brachte es schon im ersten Jahre auf annähernd 1000 Mitglieder mit über 11000 Jahresbeiträgen und erhielt auch sonst ansehnliche Zuwendungen. Ihre Tätigkeit erstrebte vor allem Aufklärung über die Notwendigkeit intensiver Säuglingsfürsorge durch Veröffentlichung von geeigneten Schriften und Flugblättern, durch Versammlungen, Vorträge und eine Wanderausstellung, ferner Belehrung der Mütter; Förderung des Selbststillens, Anregung von behördlichen Maßnahmen, Regelung des Verhältnisses zu den Aerzten der Provinz und Beschaffung von Pflegepersonen.

Nicht minder wichtig war die Organisationsarbeit der Hauptstelle: Einrichtung von Kreisstellen in allen Kreisen und von Ortsstellen in allen Städten über 10000 Seelen unter möglichster Eingliederung vorhandener Orga-

nisationen. Träger der Organisation sind die Kreise oder Städte selbst oder besonders geschaffene Vereine, bezw. bereits bestehende. Den Mittelpunkt der Tätigkeit bilden in allen Fällen der Landrat oder Bürgermeister mit dem Kreisarzt, einigen anderen Aerzten, einem Geistlichen, Standesbeamten, einer Hebamme und geeigneten Frauen. Unter den Kreisstellen stehen auf dem Lande und in den kleinen Städten Ortsstellen. Die Kosten tragen außer der Hauptstelle die Kommunen und Vereine. Von den 70 Landkreisen und Städten über 10000 Seelen haben bereits 56 Säuglingspflegeeinrichtungen irgendwelcher Art. Trotzdem muß nach dem Kriege viel schneller und kräftiger organisiert werden, und zwar mit gesetzlichem Zwang. Es bedarf eines amtlichen Büros, eines gesetzlichen Rahmens und einer festen finanziellen Grundlage. Die Stadt- und Landkreise sind die gegebenen Träger; die Exemtion der kreisangehörigen Städte über 10000 Einwohner kommt sehr in Frage. Die Säuglingspflege muß künftig die erste und wichtigste Abteilung des zu gründenden Kreis- oder Stadt-Wohlfahrts- oder Fürsorgeamtes sein; weitere Abteilungen für andere Fürsorgezweige wären anzugliedern.

b. Den gleichen Gegenstand, insbesondere „die ärztliche und pflegerische Organisation in der Provinz Sachsen“ behandelte Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Denecke**-Magdeburg. Bei der Hauptstelle für Säuglingsschutz besteht satzungsgemäß eine dreigliedrige Aerztekommission, die die gesundheitlichen Schutzmaßregeln anregt und prüft, die in Versammlungen und Vereinen aufklärende Vorträge hält und bei geplanten Neueinrichtungen sachverständigen Rat erteilt, wenn nötig nach Entsendung an Ort und Stelle. Im Vorstand der Kreis- und Ortsstellen ist immer der Kreisarzt und mindestens ein Arzt ehrenamtlich vertreten. Der Leiter der Säuglingsfürsorgestelle ist ein vom Kreis oder von der Gemeinde vertraglich gegen Entgelt verpflichteter Arzt. Erkrankte Säuglinge werden von der Fürsorgestelle unmittelbar einem Arzt überwiesen. Die pflegerische Organisation setzt ein mit der Beratung in den Fürsorgestellen. Die Fürsorgeschwestern mit zweijähriger Ausbildung überwachen das Gedeihen der vorgestellten Säuglinge durch Hausbesuche; sie erhalten außerdem einen Fürsorgebezirk, halten aufklärende Wandervorträge und beaufsichtigen die Säuglingsfürsorgerinnen. Ein Teil der Hebammen erhält in den Gemeinden der Landkreise kleine Fürsorgebezirke als Säuglingsfürsorgerinnen im Nebenamt; sie erhalten dafür ein Entgelt, ebenso wie die übrigen Hebammen, die die Stillkontrolle in der bisherigen Weise durch Förderung des Selbststillens und der Verlängerung der Stilldauer ausüben. Für die nicht von Hebammen versorgten Bezirke werden gut vorgebildete Säuglingsfürsorgerinnen im Hauptamt angestellt. Nach dem Kriege soll die Wöchnerinnenpflege in die Organisation eingegliedert werden.

Dr. Rott-Berlin.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Frage der Zulässigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft vom Standpunkte der ärztlichen Wissenschaft und Berufsehre. Verhandlungen der erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 13. und 14. März d. J. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Verlag von Richard Schoetz in Berlin. 1916. V. B., 8. H. Preis: 3 Mark.

Die Notwendigkeit, die vorstehende Frage einer eingehenden Erörterung in der erweiterten Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen zu unterziehen, wird von der Zentralinstanz durch die nachstehende, den Einzelberichten vorangestellte Vorbemerkung wie folgt begründet:

„Bei Prüfung der Ursachen des zunehmenden Geburtenrückganges hat sich unter anderem ergeben, daß die seit Jahren zu beobachtende Häufung von Abtreibungen der Leibesfrucht einen nicht geringen Anteil an der bedrohlichen Verminderung unserer Geburtenziffern hat. Anläßlich der hierüber angestellten besonderen Erhebungen ist die Begleiterscheinung zutage getreten, daß die Zahl der von Aerzten vorgenommenen Unterbrechungen einer Schwangerschaft einen Umfang angenommen hat, der zu ernsten Bedenken Anlaß gibt. Abgesehen von mehr vereinzelten Fällen, in denen Aerzte derartige Schwanger-

schaftsunterbrechungen aus verwerflichen, unter die Bestimmungen des Strafgesetzbuches fallenden Motiven oder infolge einer zu weitgehenden Nachgiebigkeit gegenüber dem Ansinnen unverständiger schwangerer Personen vornehmen, scheint hierbei in der Hauptsache der Umstand maßgebend zu sein, daß sich seit Jahren im Aerztestande eine gewisse Umwertung und Verschiebung der früher in der ärztlichen Wissenschaft und Praxis geltenden Anschauungen über die Zulässigkeit der Unterbrechung einer Schwangerschaft entwickelt hat.

Es scheint daher vom Standpunkte des Staatswohles, wie von dem der Interessen des Aerztestandes dringend notwendig, die Frage eingehend zu prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Arzt berechtigt ist, eine bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen."

Von den drei bestellten Berichterstattern führte der erste, Geh. San.-Rat Dr. Barlach-Neumünster, aus, daß die Zahl der durch Aerzte bewirkte Unterbrechungen zwar gegenüber den anderweitig durch Kurpfuscher, Freunde der Schwangeren usw. verschwindend gering sei, in den letzten Jahren aber so zugenommen habe, daß sie zu Bedenken Veranlassung geben müsse. Diese Zunahme sei auf eine wesentliche Erweiterung der medizinischen Indikation und der erst neuerdings hinzugetretenen sozialen Indikation, sowie auf eine Verbindung beider zurückzuführen. Während früher die Grenzen der medizinischen Indikation sehr eng gezogen waren und eine erhebliche gegenwärtige Gefahr für die Mutter verlangten, wird jetzt nicht bloß die gegenwärtige, sondern auch die kommende Gefahr als berechtigte Indicatio anerkannt, vorausgesetzt, daß die Gefahr eine schwere und sicher zu erwartende ist. Der Grundsatz, daß große Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter bestehen muß oder mit Sicherheit zu erwarten ist, gilt zwar auch für die erweiterte Indikation; in welchen Fällen aber eine Schwangerschaftsunterbrechung angezeigt ist, welche Krankheiten usw. sie bedingen, darüber bestehen bei dem heutigen Stande der medizinischen Wissenschaft große Meinungsverschiedenheiten und werden auch immer weiter bestehen, da sich in dieser Hinsicht feste Regeln nicht aufstellen lassen. Um so mehr ist bei Stellung der Indikation von seiten des betreffenden Arztes die größte Vorsicht nötig und deshalb auch sowohl vom wissenschaftlichen Standpunkte aus, als mit Rücksicht auf die Berufsehre des Arztes ein Konsilium von zwei Aerzten geboten, über dessen Ergebnis eine Verhandlung aufgenommen werden muß, die entweder dem Vorsitzenden der zuständigen Aerztekammer oder dem Kreisarzt zur Aufbewahrung einzusenden ist. Die erst neuerdings in Erscheinung getretene soziale Indikation der Schwangerschaftsunterbrechungen hat wesentlich dazu beigetragen, daß Fruchtabtreibungen milder nicht bloß in Laien-, sondern auch in juristischen und medizinischen Kreisen beurteilt und nicht mehr als Verbrechen, sondern höchstens als kleines Vergehen angesehen werden, bei dem man sich nicht abfassen lassen dürfe. Mit Recht betont der Berichterstatter, obwohl er selbst zu Milde geneigt ist, daß vom Standpunkte der ärztlichen Wissenschaft und der ärztlichen Berufsehre jede derartige Indikation für ebenso unzulässig angesehen werden müsse, als nach dem jetzigen Rechtsstandpunkte. Daselbe gilt nach seiner Ansicht von dem der immer mehr sich verbreitenden kombinierten medizinisch-sozialen Indikation, in der eine große Gefahr sowohl für den Staat und die Familie, als für die Aerzteschaft liegt. Auch eine eugenische Indikation kann Berichterstatter nicht anerkennen. Die Forderung, Schwangerschaften infolge von Notzucht künstlich unterbrechen zu dürfen, entspreche zwar einen schönen menschlichen Mitgefühl, habe aber mit Wissenschaft als Indikation nichts zu schaffen und sei auch vom Standpunkte der Berufsehre so lange unzulässig, als sie der Staat nicht erlaubt habe.

Der zweite Berichterstatter, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Bumm-Berlin, betonte zunächst, daß das Recht des Arztes zur Schwangerschaftsunterbrechung unbestritten und auch von der Rechtsprechung anerkannt sei, vorausgesetzt, daß eine solche zur Rettung der Mutter aus Lebensgefahr oder zu ihrem Schutze gegen schwere Gesundheitsschädigung vorgenommen werde. Dieses Recht beruhe nicht auf gesetzliche Bestimmungen, sondern auf dem Berufsrecht, das dem Arzt die Befugnis gibt, sich in seiner Berufstätigkeit aller wissenschaftlich anerkannten Mittel und Eingriffe zu bedienen. Die Fälle, wo

eine solche Lebensgefahr für die Mutter vorliegt, sind jedoch selten, viel häufiger dagegen diejenigen, wo es sich um Erkrankungen der Mutter handelt, die durch die Schwangerschaft veranlaßt oder von ihr ungünstig beeinflußt werden und bei denen die Einleitung des Abortus Heilung oder Besserung verspricht. Die Schwangerschaftsunterbrechung ist aber nur dann berechtigt, wenn es zum Schutz gegen schwere Gesundheitschädigung angezeigt ist und nicht zur Beseitigung von Beschwerden, die mehr oder weniger bei jeder Schwangerschaft bestehen. Ausgeschlossen müssen die sogenannten sozialen und rassehygienischen Indikationen bleiben; auch die Rechtsprechung läßt nur eine Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen zu. Daß im Laufe des letzten Jahrganges die Schwangerschaftsunterbrechungen eine wesentliche Zunahme erfahren haben und sich bei den Aerzten eine größere Neigung zu ihrer Vornahme auch bei nicht drohender schwerer Gesundheitsschädigung geltend gemacht hat, unterliegt nach Ansicht des Berichterstatters keinem Zweifel; in der Berliner Universitäts-Frauenklinik hat sich z. B. die Zahl der Aborte im Vergleich zu der der Geburten verdoppelt und ist von 10 auf 20 % gestiegen, so daß von 5 Schwangerschaften eine mit Abortus endigt, also auf 4 normale Geburten 1 Abortus fällt. In kleineren Städten und auf dem Lande dürfte sich allerdings diese Verhältnisziffer günstiger stellen, immerhin wird auch hier mit einer Zunahme der Aborte zu rechnen und deshalb die Annahme von 15 % für das ganze Reich, d. h. auf jede 6. Geburt eine Fehlgeburt, nicht zu hoch gegriffen sein; für 1913 würden sich danach bei 1 900 000 Geburten rund 300 000 Fehlgeburten ergeben. Von diesen Fehlgeburten sind nach dem Ergebnis der Nachforschungen, die Berichterstatter bei den die Universitätsklinik wegen Abortus aufsuchenden Frauen angestellt hat, etwa zwei Drittel künstlich herbeigeführt (für Berlin 89 %). Inwieweit die Aerzte an der Vornahme von Schwangerschaftsunterbrechungen beteiligt sind, ist schwer festzustellen; ihre Beteiligung ist aber jedenfalls gering im Verhältnis zu der ungeheueren Zahl der von den Frauen selbst, von berufsmäßigen Abtreiberinnen und Hebammen bewirkten. Immerhin zeigen die Erfahrungen an der Berliner Frauenklinik, daß es manche Aerzte mit der Indikation zum Abortus wenig ernst nehmen, denn bei 202 von Oktober 1910 bis Ende 1915 dieser Klinik von Aerzten behufs Einleitung einer künstlichen Fehlgeburt zugeschickten Schwangeren mußte diese 143 mal, also in fast 75 % der Fälle als nicht erforderlich abgelehnt werden. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit einer Kontrolle über die ärztliche Vornahme des künstlichen Abortes, die nach Berichterstatters Ansicht am sichersten durch die gesetzliche Einführung der Anzeigepflicht für jeden derartigen ärztlichen Eingriff erreicht wird; für die Anzeige müßte ein bestimmtes Formular vorgeschrieben werden. Berichterstatter verspricht sich von dieser Maßnahme mehr Erfolg als von der Forderung eines ärztlichen Konsiliums in jedem Einzelfalle; denn zwei gleichgestimmte Seelen würden sich immer finden.

Der dritte Berichterstatter, Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne-Berlin, teilt mit, daß sich nach dem Ergebnis der von der Zentralinstanz im Jahre 1913 veranlaßten Rundfrage über den Umfang und Ursachen des Geburtenrückganges und über die Zunahme der Fehlgeburten deutlich eine solche Zunahme erkennen läßt; danach treten nicht nur zahlreiche Frauen in steigendem Maße an Aerzte mit dem Ansinnen heran, eine vorzeitige Unterbrechung ihrer Schwangerschaft vorzunehmen, sondern auch die Neigung der Aerzte, solchen Wünschen ohne zwingenden Grund stattzugeben, hat in erheblichem Grade zugenommen. Die Ansicht der Aerzte über die Frage, unter welchen Umständen eine Schwangerschaftsunterbrechung angezeigt sei, hat eben eine bedenkliche Wandlung erfahren, wie sich auch aus dem ausgedehnten Schriftwechsel ergibt, den Berichterstatter über diesen wichtigen Gegenstand mit zahlreichen Professoren der Frauenheilkunde usw. geführt hat und den er auszugsweise mitteilt. Die Abtreibung oder Tötung der Frucht einer Schwangeren ist in den §§ 218—220 Str. G. B. unter schwere Strafe gestellt, die sowohl durch sittlich-religiöse Erwägungen, als durch die Forderung der Selbsterhaltung des Staates wohl begründet ist. Im öffentlichen Interesse ist es geboten, nicht allein die geborenen Kinder, sondern auch die gezeugten menschlichen Früchte tunlichst zu schützen; deshalb hat der Staat auch das Recht bei dieser Frage, die nicht bloß die Interessen der Schwangeren betrifft, entscheidend mitzusprechen und

ihre Beurteilung weder dem Arzte, noch den Beteiligten zu überlassen. Nur wenn es sich um Beseitigung eines Notstandes, also um Rettung aus einer gegenwärtigen Gefahr für Leib und Leben handelt, ist nach § 54 des Str.G.B. eine Ausnahme zulässig; in dieser engen Begrenzung steht demnach auch den Aerzten das Recht zur Unterbrechung der Schwangerschaft zu. Diese Lebensgefahr muß aber so beschaffen sein, daß sie überhaupt nur durch das Mittel der Schwangerschaftsunterbrechung beseitigt werden kann und alle hier noch in Frage kommenden Behandlungsmethoden bereits erschöpft sind. Es muß sich auch um eine schon bestehende bezw. unvermeidliche Lebens- oder Gesundheitsgefahr handeln und nicht um die bloße Möglichkeit einer solchen. Jede andere Indikation verstößt nicht nur gegen die bisher geltenden Lehren der Wissenschaft und der Berufsehre, sondern auch gegen das Gesetz. Soziale und rassenhygienische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung kennt weder die geltende Rechtsauffassung noch die medizinische Wissenschaft; sie sind auch vom Standpunkt des Volkswohls aus zu verwerfen. Sie bedeuten als Beweggrund für die Einleitung von Fehlgeburten eine der schlimmsten Verirrungen in der Auffassung ärztlicher Rechte und Pflichten, die geeignet ist, die Kunst und die heiligen Aufgaben des Aerztestandes zum Handwerk des gewerbsmäßigen Abtreibers herabzuwürdigen. Die engen Grenzen, die die ärztliche Wissenschaft früher für die Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung gezogen hatte und die leider unter dem Einfluß mißverstandener, moderner Humanitätsbegriffe bedenklich zu wanken beginnen, müssen wieder gefestigt werden. Es bedarf der Beobachtung peinlichster Gewissenhaftigkeit des Arztes auf diesem Gebiete, zu deren Einhaltung Krohne ebenso wie der erste Berichterstatter ein Konsilium empfiehlt, deren Ergebnis in einer wenigstens 10 Jahre aufzubewahrenden Niederschrift festzulegen sei. Als zweiter Arzt sollte grundsätzlich ein besonders vertrauenswürdiger Arzt (Direktor eines großen Krankenhauses, Universitätsprofessor, Mitglied der Aerztekammer, beamteter Arzt usw.) zugezogen werden.

Auf Grund der vorstehenden Berichte und der sich anschließenden Aussprache einigte sich die erweiterte Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen auf nachstehende Leitsätze:

„1. Der Arzt darf nur aus medizinischen Indikationen die Schwangerschaft unterbrechen. Die Indikation darf nur dann als vorliegend erachtet werden, wenn bei der betreffenden Person infolge einer bereits bestehenden Erkrankung eine als unvermeidlich erwiesene schwerste Gefahr für Leben und Gesundheit vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden kann.

2. Der Arzt ist nicht berechtigt, die Unterbrechung aus sozialen oder rassehygienischen Gründen vorzunehmen. Er würde durch eine solche Handlung einen Verstoß gegen das Strafgesetzbuch begehen.

3. Es empfiehlt sich, eine Schwangerschaftsunterbrechung nur auf Grund einer Beratung mehrerer Aerzte vorzunehmen.

4. Für die durch Aerzte vorgenommene Unterbrechung der Schwangerschaft ist die Anzeigepflicht einzuführen."

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Somatische Behandlung bei Unfallneurosen. Von Dr. Engelen, Leiter des psychologischen Laboratoriums am Marienhospital in Düsseldorf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 17.

Die somatische Behandlung der Unfallneurosen hält Engelen für ganz unbedenklich, ja zur Unterstützung der psychischen Beeinflussung für nützlich. Immerhin ist nur eine geringe Anzahl der an traumatischen Neurosen Erkrankten einer somatischen Behandlung bedürftig.

Ausgeklügelte Diätvorschriften sind entbehrlich. Sehr wertvolle Dienste leistet die Elektrotherapie. Die Hydrotherapie verdient fast in jedem Fall Berücksichtigung. Auch Luftbäder sorgen wie letztere für die Abhärtung, die meist bei Neurasthenikern notwendig ist. Großer Wert ist auf gymnastische Uebungen, namentlich Erziehung zu straffer Körperhaltung zu legen. Suggestive Wirkungen verbinden sich mit allen somatischen Behandlungsmaßnahmen, unter denen die arzneiliche Therapie gegenüber physikalischen und diätetischen

erheblich zurücktritt. Alkoholenthaltsamkeit fordert Engelen nur bei Intoleranz, während er sonst einen mäßigen Genuß leichter alkoholischer Getränke für zulässig, ja für zweckmäßig hält.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Psychologische Laboratorien zur Erforschung der Unfallneurosen. Von Dr. Engelen-Düsseldorf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 19.

Am Marienhospital in Düsseldorf wurde ein psychologisches Laboratorium zu Forschungen über die Kriegsunfallneurosen mit Genehmigung der Militärbehörde eingerichtet. Bisher sind bereits über 300 Fälle zur Untersuchung gekommen. Unter anderem werden hierbei objektive Merkmale über Atmung, Puls, Blutdruckveränderungen usw. durch Kurvenzeichnungen festgestellt, der Ablauf geistiger Vorgänge durch das Assoziationsexperiment, die Prüfung des Gedächtnisses und die Erprobung der Aufmerksamkeit nach bestimmten Methoden erforscht.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß solche psychologischen Laboratorien für die Praxis von größter Bedeutung werden können, während sie zugleich der wissenschaftlichen Psychologie von Nutzen sind.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Arteriosklerose und Unfall. Von Oberarzt Dr. P. Horn-Bonn. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 18 und 19.

Das für den Gutachter in Unfallsachen außerordentlich wichtige, zugleich aber komplizierte Thema des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Arteriosklerose wird hier auf Grund einer reichen Literatur der neueren Zeit (am Schluß angeführt) und eigener Erfahrungen ausführlicher besprochen. Das Ergebnis wird folgendermaßen zusammengefaßt:

1. Die Arteriosklerose ist die Resultante aus einem Komplex verschiedenartiger Bedingungen. Sie stellt eine mit vorschreitendem Alter zunehmende Abnutzungserscheinung dar, deren Entwicklung begünstigt wird in der Hauptsache durch trophisch-toxisch-infektiöse, in geringerem Grade auch durch mechanische Schädlichkeiten. Bei der Unfallbegutachtung sind Schädlichkeiten direkter und indirekter Natur zu unterscheiden.

2. Unter den direkten Schädlichkeiten sind hervorzuheben: a) mechanische (z. B. Schädelbasisbrüche mit folgender lokalisierter Gehirnarteriosklerose, Brustkorbquetschung mit Aneurysma oder Koronarsklerose, lokale Kontusion mit umschriebener peripherer Arteriosklerose), b) chemische, speziell toxische und bakterielle Einwirkungen (Gaseinatmung, schwere Verbrennung, posttraumatische Infektionen).

3. Unter den indirekten Schädlichkeiten kommen vor allem in Betracht: a) Gewalteinwirkungen mit plötzlicher starker Blutdruckerhöhung (Heben schwerer Lasten, starke Durchnässung oder Ueberhitzung, schroffer Wechsel der Temperatur und Gaseinatmung), b) psychisch-nervöse Einflüsse mit dauernder funktioneller Gefäßüberlastung.

4. Die Gewalteinwirkungen mit plötzlicher starker Blutdruckerhöhung führen meist nur zur Auslösung lokaler Folgeerscheinungen bei schon erkrankten Gefäßen (z. B. Apoplexie), nicht zu traumatisch bedingter progredienter Verschlimmerung der Arteriosklerose als solcher — ein unfallrechtlich wichtiger Unterschied.

5. Indirekt, speziell durch psychisch-nervöse Einflüsse (Unfallneurosen) bedingte Schlagaderverhärtung kommt ebenso wie Arteriosklerose nach direkten Schädlichkeiten als entschädigungspflichtige Unfallfolge nur selten in Betracht. Für einen Unfallzusammenhang sprechen im ersteren Falle jugendliches Alter, rasche Entwicklung und Nachweis ständiger funktioneller Gefäßüberlastung bei Ausschluß sonstiger Schädlichkeiten.

6. Zur einmaligen Kapitalabfindung geeignet erscheinen nur solche Fälle von traumatisch bedingter Arteriosklerose, die keine Tendenz zur Verschlimmerung zeigen. Bei Fällen mit zweifelhafter Prognose (Gehirn-, Koronar-, fortschreitender allgemeiner Arteriosklerose) ist stets Rentengewährung am Platze.

7. Eine nicht traumatische Arteriosklerose pflegt auf anderweitige Unfall-

folgen oft heilungshemmend zu wirken, vor allem dann, wenn sie selbst mit schwerwiegenden Erscheinungen (starker Blutdruckerhöhung, Myodegeneratio, Schrumpfniere) einhergeht; insbesondere hat bei Kopftraumen komplizierende Arteriosklerose stärkeren Grades vielfach einen schädlichen Einfluß, kann auch selbst durch das Trauma ausgelöst oder verschlimmert werden.

8. Die Erwerbsbeschränkung bei Arteriosklerose schwankt in weitesten Grenzen. Berücksichtigung der Arbeitsauskünfte ist zu empfehlen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur ärztlichen Sachverständigentätigkeit in Krankenkassen-Angelegenheiten. Von Geh. Med.-Rat Dr. L. Becker. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 16.

Verfasser macht darauf aufmerksam, daß die Krankenkassengesetzgebung von dem Sachverständigen die Kenntnis mancher gesetzlicher Bestimmungen fordere. Das gilt besonders auch von den Bestimmungen, die die Frage betreffen, ob es sich in einem vorliegenden Krankheitsfall um die Fortsetzung einer alten Krankheit oder um eine neue Krankheit, einen „neuen Versicherungsfall“ handelt. Die hier in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen sind in den §§ 188, 1518, 1519, 1532, 214, 176, 310, 505, 511 der Reichsversicherungsordnung enthalten; sich mit ihnen bekannt zu machen, ist für den als Sachverständigen zugezogenen Arzt nützlich. Die Schwierigkeiten, die sich ergeben, erläutert Verfasser und führt einen praktischen Fall an, bei dem die Wassermannsche Reaktion den Ausschlag für das versicherungsrechtliche Verhältnis eines Kranken gab. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Angebliches Verschweigen früherer Erkrankungen bei Abschluß einer Lebensversicherung. Urteil des Reichsgericts (VII. Z.-S.) vom 6. Oktober 1916.

Der Landwirt K. war bei der Bayerischen Versicherungsbank mit 10000 Mark für den Todesfall versichert. Er starb am 10. September 1914 an Darmverengerung. Die Bank erklärte ihren Rücktritt vom Vertrage, da K bei Ausfüllung des Fragebogens falsche Angaben gemacht und verschwiegen habe, daß er an Darmerkrankung behandelt worden sei. Die Witwe trat den Anspruch an einen gewissen J. ab und dieser klagte gegen die Bank auf Zahlung. Das Landgericht gab der Klage statt, die Berufung des Beklagten wurde vom Oberlandesgericht Braunschweig aus folgenden Gründen zurückgewiesen:

Dem Versicherten wird zur Last gelegt, daß er die Frage 7d: „Haben Sie gelitten oder leiden Sie noch an Krankheiten der Verdauungsorgane, länger dauernden Darmstörungen etc?“ mit „nein“ beantwortet habe. Allein es steht nicht fest, daß die Beantwortung unrichtig war. Allerdings ist K. im Dezember 1910 von Dr. H. an Darmverschluß behandelt worden; dann hat er nach Aussage seiner Frau ab und zu, mit längeren Unterbrechungen, über den Magen geklagt und einen anderen Arzt, Dr. B., zu Rate gezogen. Dieser hat ihm gesagt, es handele sich um kein gleichgültiges Leiden, da es klinische Behandlung erfordere. Am anderen Tage habe K. sich aber wesentlich besser befunden und es nicht für nötig gehalten, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen. Hiernach sind also die Verdauungsstörungen nur vorübergehender Natur gewesen; den Beweis des Gegenteils hat die Beklagte nicht erbracht. Es ist weiter nicht erwiesen, daß dem Versicherten das Vorhandensein der Darmverengerung bekannt war, wobei von dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens, nicht von dem der medizinischen Wissenschaft bei Beantwortung der Frage auszugehen ist, ob von dem Versicherten das Vorliegen einer solchen Krankheit subjektiv angenommen werden mußte. Dr. H. hat dem K. bei der ersten Behandlung nicht gesagt, daß ein gefährliches Leiden in Frage stehe, um ihn nicht zu ängstigen. Erst Dr. B. sprach von einer nicht leicht zu nehmenden Erkrankung. Wenn nun der Versicherte am anderen Tage sich wesentlich besser fühlte und der Anstaltsbehandlung entraten zu können glaubte, so ist ihm dies unwiderlegt geblieben, zumal er sich in seiner Auffassung noch bestärkt fühlen mußte, da Dr. H., den er einige Wochen später nochmals konsultierte, sich dahin aussprach, er leide nur an einer leichten Erkrankung. K. mag die Beschwerden, wie sie sich bei jedem erwachsenen Menschen einmal

zeigen, für vorübergehend gehalten haben, ohne an eine schwere Erkrankung, die zum Tode führen könnte, zu denken. Außerdem hat der Vertrauensarzt der Bank bezeugt, daß, als K. sich vorstellte, dieser einen kräftigsn, gut ernährten Körper und gesunde Gesichtsfarbe gehabt, wie überhaupt den Eindruck eines gesunden Mannes gemacht habe. Demnach durfte K. auch die Frage 7 d so beantworten, wie er es getan hat. Dem Vertrauensarzt hat er die Tatsache, daß er wegen Magenbeschwerden ärztlich behandelt worden war — und dies fällt ins Gewicht —, nicht etwa verschwiegen. Dieser hat diese Angaben für so unbedeutend gehalten, daß er ihre Erwähnung in der Deklaration nicht für nötig hielt. Daß muß den Antragsteller entlasten, denn er hat sich nur der sachkundigen Belehrung gefügt. War aber die Beantwortung der Frage 7 d nicht zu beanstanden, dann auch nicht die Beantwortung der Frage: „Ist Verdauung und Stuhlgang in Ordnung?" mit „ja" und der anderen Frage: „Sind irgend welche Folgen von einer Gesundheitsstörung zurückgeblieben?" mit „nein". Ebenso konnte K. die Frage: „Wie ist ihr gegenwärtiger Gesundheitszustand?" mit „gut" erledigen. Der Versicherte hat keine ihm bekannten Umstände verschwiegen, die für die Uebernahme der Gefahr erheblich waren; auch hat er keine falschen Angaben gemacht Die Beklagte kann also vom Vertrage nicht zurücktreten. Die von der Beklagten eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht als unbegründet zurückgewiesen. (Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Besprechungen.

Dr. Karl Waibel: Leitfaden für die Nachprüfungen der Hebammen. Sechste Auflage. Mit 8 Tafeln. Wiesbaden 1916. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 116 S. Preis: 2,25 M.

Die sechste Auflage dieses trefflichen Büchleins ist erschienen. Sie zeigt vielfach Verbesserungen; ein reichhaltiges Register erleichtert das Aufsuchen. Körperlehre, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Pflege des Kindes sind der sachliche Inhalt. Wie alle früheren Auflagen ist auch diese katechetisch gehalten; aber nicht in Form des Frage- und Antwortspiels, sondern die Antwort erhebt sich vielfach zu einer gedrungenen. aber vollinhaltlichen Abhandlung. Die innere Untersuchung ist dem Kapitel über die Geburt eingereiht worden, wohin sie auch gehört. — Ergänzt sind die Abschnitte der Augenentzündungen Neugeborener und die Verhütung des Wochenbettfiebers. — Das Waibelsche Buch hält sich streng an die bayerischen Vorschriften; es ist auch als obligates Wiederholungsbuch in Bayern vorgeschrieben. Form und Inhalt, sowie ein dem Stande der Hebammen angemessener Preis verdienen aber, daß das Büchlein auch außerhalb Bayerns starke Verbreitung findet. Dem Verwaltungsarzt gibt es Handhaben zur Abhaltung der Hebammenprüfungen. Acht schöne Tafeln verdeutlichen die Lehre der äußeren Untersuchung.

Dr. Graßl-Kempten.

Paul Lohmar, Verwaltungsgerichtsdirektor und Syndikus der Rheinischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen in Cöln a. Rh.: **„Schattenseiten der Reichs-Unfallversicherung".** Berlin 1916. Carl Heymanns Verlag. Preis: 1,20 M.

Der in Aerztekreisen wohlbekannte Verfasser hat sich in der vorliegenden Schrift „rechte Sorgen vom Herzen geschrieben", die ihm die gesundheitlich, sittlich und volkswirtschaftlich nachteiligen Begleiterscheinungen der R. U. V. gemacht haben. Alle die Aerzte, die die Einrichtung und Entwicklung unserer Reichs-Unfallversicherung aufmerksam verfolgt und in langer Mitarbeit genau kennen gelernt haben, sind wohl auf Grund eigener Erfahrungen und durch die Ergebnisse der beruflichen Erörterungen über Rentensucht, Aggravation und Simulation, traumatische Neurose und zunehmende Verweichlichung mehr und mehr darin einig geworden, daß kritiklose weitere Anwendung des bestehenden Gesetzes und seine einseitig die rein geldlich-wirtschaftlichen Interessen der Versicherten fördernde Erweiterung die wertvollsten Charaktereigenschaften unserer tüchtigen und im Kriege so unvergleichlich zuverlässig und leistungsfähig befundenen Arbeiterschaft tiefgehend und dauernd schädigen muß. Allen diesen begutachtenden „Praktikern der R. U. V." hat Lohmar

mit seinen sachlich überzeugenden, ethisch packenden Ausführungen, die immer den gründlichen Kenner und herzenswarmen Volks- und Vaterlandsfreund erkennen lassen, aus der Seele gesprochen. England bereitet den wirtschaftlichen Krieg nach Friedenschluß gegen uns offen vor und wird ihn brutal und rücksichtslos, wie immer in seiner Geschichte führen; diesen Kampf können wir siegreich nur bestehen mit einer körperlich und geistig tüchtigen, sittlich freien und starken Arbeiterschaft. Videant consules, daß gerade im Hinblick auf Erhaltung und Festigung des sittlichen Wertes unserer vielen Kriegsbeschädigten aus unseren Versicherungsgesetzen die als sicher gefährlich erkannten Bestimmungen rechtzeitig und restlos entfernt werden. Wer den Aerzten das wohl erworbene Recht, unter den Führern und Beratern unserer Volkes in den ersten Reihen zu wirken, erhalten will, findet in Lohmars Schrift wertvolle Waffen für den notwendigen Kampf um das Bessere.

Dr. Gasters-Mülheim (Ruhr).

Tagesnachrichten.

Aus Anlaß des **fünfzigjährigen Jubiläums des Vaterländischen Frauenvereins** hat Se. Majestät der Kaiser an den Vaterländischen Verein unter dem 10. d M. folgendes Handschreiben aus dem Hauptquartier gerichtet:

„Dem Vaterländischen Frauenverein zu seinem 50jährigen Bestehen meinen kaiserlichen Gruß und meinen wärmsten Glückwunsch zu entbieten, ist mir ein Herzensbedürfnis. Von Deutschlands erster Kaiserin gegründet, im Einigungskriege von 1870/71 neu bewährt, hat der Verein unter der unermüdlichen Leitung des Hauptvorstandes und seiner hochverdienten Vorsitzenden eine reichgesegnete Friedensarbeit leisten dürfen, deren allmähliches Wachstum ich durch die fortlaufenden Mitteilungen seiner erlauchten Protektorin, Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin, meiner Gemahlin, zu meiner Freude habe verfolgen können. Auf Grund persönlicher Eindrücke weiß ich die Verdienste zu würdigen, die sich der Verein im jetzigen Kriege unter dem erhabenen Zeichen des Roten Kreuzes um die Pflege der Kranken und Verwundeten und um die Fürsorge für die Angehörigen und Hinterbliebenen unserer heldenmütigen Krieger in aufopfernder und unermüdlicher Arbeit erworben hat Als Ausdruck meiner dankbaren Anerkennung, die jedem Einzelnen an diesem vaterländischen Werke Beteiligten gilt, habe ich zu meiner aufrichtigen Freude auf Vorschlag der hohen Protektorin zahlreiche Auszeichnungen verleihen können. Zur Förderung der von dem Verein so erfolgreich ausgeübten, mir auch für die Zukunft besonders am Herzen liegenden Kriegsfürsorge will ich zugleich eine Jubelspende von 100000 M. in deutscher Kriegsanleihe hiermit bewilligen. Sie wird dem Hauptvorstande des Vereins durch die Königliche Seehandlung übermittelt werden. Gott der Herr schenke dem Vaterländischen Frauenverein und allen seinen Mitgliedern Kraft und Segen zu weiterer treuer Arbeit. Möchte es ihnen gelingen, im Verein mit den verwandten Organisationen die beklagenswerte Kriegsnot zu lindern, die die Pläne unserer Feinde über das deutsche Volk und Vaterland gebracht hat."

Gleichzeitig hat der Kaiser an Ihre Majestät der Kaiserin und Königin das nachstehende Telegramm gerichtet:

„Dem Vaterländischen Frauenverein habe ich bereits durch Handschreiben meinen warmen Dank für sein langjähriges treues Wirken ausgesprochen und mich des reichen Segens vergegenwärtigt, der in den vergangenen 50 Jahren von dieser Stiftung meiner lieben in Gott ruhenden Frau Großmutter ausgegangen ist. Eurer Kaiserlichen und Königlichen Majestät als der erlauchten Schirmherrin des Vereins muß ich noch ein Wort besonders innigen Dankes sagen. Ich habe in dieser ganzen Zeit oft daran gedacht, wie reich Gott den Herr unser Volk gesegnet hat, indem er den Heldenmut unserer treuen Kämpfer an der Front durch die stille entsagungsvolle, vielfach ebenso heldenmütige Arbeit unserer Frauen gestählt hat. Auch ihnen gebührt der Dank des deutschen Kaisers, ob ihre Kraft unseren Kranken und Verwundeten oder aber in knapper und schwerer Zeit dem stillen Dienst des eigenen Hauses und der Kinder zugute kommt. Ich weiß, wieviel der unserem Hause so nahe verbundene Verein unter Schutz und Förderung Eurer Majestät in helfender und pflegender Liebe auf weiteste Kreise vorbildlich wirkend bisher geleistet hat.

Gott segne ihn und seine Protektorin auch ferner zu weiterer segensreicher Arbeit für Volk und Vaterland."

Der Kaiserlichen Jubelspende sind von Ihrer Majestät der Kaiserin 20000 M., vom Reichskanzler 50000 M. und vom Preußischen Minister des Innern 25000 M. hinzugefügt worden.

Laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 2. November 1916 wird am 1. Dezember d. J. die im vorigen Jahre ausgefallene **Volkszählung** stattfinden, um die ortsanwesende Bevölkerung festzustellen. Die Zählung ist diesmal vereinfacht und beschränkt sich auf die Ausfüllung von Haushaltungslisten, die außer den üblichen Spalten über Vor- und Familienname, Stellung im Haushalt, Geschlecht, Geburtstag, Familienstand und Staatsangehörigkeit nur noch solche über Art der Berufstätigkeit und Stellung im Beruf vor dem Kriege und zur Zeit der Zählung, das gegenwärtige Militärverhältnis (bei allen vor dem 1. Dezember 1899 geborenen männlichen Personen) und über etwaigen Bezug von Militärpension oder Militärrente aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges. Kriegsgefangene brauchen nur summarisch nach der Staatsangehörigkeit aufgeführt zu werden.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberstabsarzt Dr. Arimond-Neiße.
Stabsarzt d. Res. Dr. Bellinger-Darmstadt.
Stabsarzt d. L. Dr. Bräutigam-Zell a H. (Baden).
Stabsarzt d. L. Dr. Brömse-Güstrow (Mecklenburg-Schwerin).
Oberstabsarzt d. L. Dr. Bäntsch-Brebach (bei Saarbrücken).
Oberstabsarzt d. L. Prof. Dr. Ludwig Burkhardt-Nürnberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Dinnendahl-Kalkar (bei Cleve).
Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Eckert-Klein-Machnow bei Berlin.
Dr. Otto Friedrich-Breslau.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Hermann Hohn-Bad Nauheim.
Oberstabsarzt d. L. Dr. **Kay,** Gerichtsassistenzarzt in Wolkenstein (Königreich Sachsen).
Assistenzarzt d. L. und Bataillonsarzt Dr. Keding-Cassel.
Stabsarzt d. Res. Dr. Rud. Kretschner-Burghaun (Reg.-Bez. Cassel).
Stabsarzt Dr. O. Luerssen-Breslau.
Oberarzt Dr. Meinhof.
Vertrags- und Bataillonsarzt Dr. Mühlstädt-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Peeck,** Kreisarzt in Parchim (Mecklenb.-Schwerin).
Stabsarzt Dr. Rodenwaldt-Berlin.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Emil Rosner-Tost (Oberschlesien).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Speer-München.
Stabsarzt d. Res Dr. Georg Weichsel-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. Franz Zybell-Frankfurt a. M.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Med.-Rat Dr. Schwan, Kreisarzt in Dieburg (Großherzogtum Hessen).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Feldunterarzt G. Baumann-Hamburg.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Bever (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. **Börner,** Gerichtsassistenzarzt in Schandau a. d. Elbe (Königr. Sachsen), (gestorben infolge von Krankheit).
Prof. Dr. Bruns-Hannover, beratender Nervenarzt (gestorben infolge von Krankheit).
Feldunterarzt Burgard-Neheim (Westfalen).
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. F. Dürken-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Hoffmann-Dresden.
Hauptmann d. Res. Dr. Franz Kutscher, Arzt am Werk-Armenhaus in Hamburg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. F. Müller-Leipzig.

Missionsarzt Dr. Rudolf Oehme in Ostafrika.
Assistenzarzt d. Res. Theodor Purpus-Neustadt a. D. (Niederbayern).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Gerhard Salomon-Berlin-Charlottenburg (infolge von Krankheit gestorben).
Assistenzarzt Dr. A. Schwarz-Radebeul bei Dresden.
Stabsarzt d. L. Dr. K. Vogel-Thale i. Harz (gestorben infolge von Krankheit).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 8. bis 21. Oktober 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz, Tollwut: — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 14 (—); Milzbrand: — (—), 3 (—); Pocken: 2 (—), 8 (—); Unterleibstyphus: 300 (30), 376 (28); Ruhr: 353 (45), 465 (31); Diphtherie: 2134 (167), 2139 (152); Scharlach: 1121 (52), 1079 (58); Kindbettfieber: 81 (20), 65 (19); Genickstarre: 6 (4), 4 (3); spinaler Kinderlähmung: 5 (—), 3 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 9 (—), 19 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 79, 86; Tuberkulose (gestorben): 599, 639.

An der **Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde** der kgl. Universität zu Berlin, Hannoversche Straße 6 (Direktor: Geheimrat Prof. Dr Straßmann), ist eine **Röntgenabteilung** unter Leitung von Dr. G. Bucky eingerichtet worden, die für gerichtlich-medizinische Untersuchungen und Begutachtungen bestimmt ist. Die Abteilung steht allen als gerichtliche Sachverständige tätigen Aerzten für die genannten Zwecke zur Verfügung.

Für die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und für die sonstigen Bezieher der Zeitschrift.

Auf Veranlassung eines Rundschreibens des Postzeitungsamtes werden die Postbezieher der Zeitschrift erneut gebeten, beim Ausbleiben oder bei verspäteter Lieferung einer Nummer diese stets **zunächst von dem Briefträger oder der zuständigen Bestell-Postanstalt** einzufordern, und sich erst, wenn Nachlieferung und Aufklärung nicht in angemessener Frist erfolgen sollte, unter Angabe der bereits unternommenen Schritte, die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins an die Expedition der Zeitschrift [Hofbuchdruckerei J. C. C. Bruns-Minden in Westfalen], die sonstigen Postbezieher an den Verlag [Fischers medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin W. 62, Keithstr. 5] wenden.

Verlag und Schriftleitung.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 23. Ausgegeben am 5. Dezember 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Gelsdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark.)

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Nr. 23.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem Kreiarzt a. D. Med.-Rat Dr. Paulini in Militsch; — die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse[1]): Geh. Med.-Rat Dr. Schlecht, Reg.- und Med.-Rat in Trier, Med.-Rat Dr. Roth, Gerichtsarzt in Frankfurt a. O., Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund und dem Ob.-Med.-Rat Dr. Demuth, Reg.- und Med.-Rat in Speyer; — die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.[1]): den Reg.- und Med.-Räten Dr. Herrmann in Allenstein, Geh. Med.-Rat Dr. Seemann in Danzig und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth in Postdam, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Puppe, Gerichtsarzt in Königsberg i. Pr.; den Kreisärzten: Med.-Rat Dr. Bahrs in Lüdinghausen (Westfalen), Med.-Rat Dr. Bekker in Wongrowitz, Med.-Rat Dr. Braun in Wetzlar, Med.-Rat Dr. Brünn in Preuß.-Stargard (Westpreußen), Kreisarzt Dr. Bundt in Halle a. Saale, Med.-Rat Dr. Feige in Marienburg (Westpreußen), Dr. Geißler in Preuß. Holland (Ostpreußen), Med.-Rat Dr. Hafemann, Kreisarzt in Luckau,

[1]) Diese Verleihungen sind z. T. erst nachträglich zur Kenntnis des Herausgebers gekommen.

☞ Der heutigen Nummer liegt eine Bestellkarte zum **Kalender für Medizinalbeamte 1917** von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin W. 62, bei, worauf wir besonders aufmerksam machen.

Dr. Hallwachs, Kreisarzt in Znin (Posen), Med.-Rat Dr. Heyne in Beckum i. Westf., Med.-Rat Dr. Hofacker in Düsseldorf (Land), Med.-Rat Dr. Lembke in Duisburg, Geh. Med.-Rat Dr. Lemmer in Alfeld, Dr. Loer in Paderborn, Dr. Moebius in Putzig, Med.-Rat Dr. Niemeyer in Neuß, Geh. Med.-Rat Dr. Racine in Essen a. Ruhr, Med.-Rat Dr. Rimeck in Mohrungen (Ostpreußen), Med.-Rat Dr. Schlautmann in Münster i. W., Dr. Schleben in Neustadt (Westpreußen), Dr. Schwer in Berent (Westpreußen), Med.-Rat Dr. Steinkopff in Merseburg, Med.-Rat Dr. Steger in Thorn, Med.-Rat. Dr. Vieson in Merzig (Rheinland), Dr. Wegener in Mogilno (Posen), Geh. Med.-Rat Dr. Wolff in Elberfeld; dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Burgl in Regensburg, den Landgerichtsärzten Med.-Rat Dr. Mayer in Amberg, Med.-Rat Dr. v. Hörmann in Speyer, sowie den Bezirksärzten Dr. Hofmann in Naila (Oberfranken), Dr. Höfer in Parsberg (Oberpfalz), San.-Rat Dr. Jänicke in Apolda, Dr. Freiherr v. d. Goltz in Dornberg (Thüringen) und Med.-Rat Dr. Renner in Tiefenort (Thüringen), San.-Rat Dr. Morenz, Bezirksarzt in Meuselwitz (S.-Altenburg) und Med.-Rat Dr. Neuhaus, Bezirksarzt in Gera sowie den Kreisärzten Med.-Rat Dr. Fitzau in Ballenstedt und Geh. Med.-Rat Dr. Oehmke in Dessau.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Simon in Hagen i. Westf. zum Kreisarzt in Neustadt (Holstein), Dr. Ebert in Kassel zum Kreisassistenzarzt des dortigen Stadtkreises Kassel unter Uebertragung der Stelle des Assistenten bei der dortigen Impfanstalt.

Gestorben: Prof. Dr. Gaupp, Direktor des anatomischen Instituts in Breslau.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das König-Ludwig-Kreuz: dem Ob.-Med.-Rat Dr. Demuth, Reg.- und Med.-Rat in Speyer, den Landgerichtsärzten: Med.-Rat Dr. Luckmeyer in Regensburg, Med.-Rat Dr. v. Hörmann in Speyer und Med.-Rat Dr. Zinn in Bamberg; den Bezirksärzten: Med.-Rat Dr. Alafberg in Ludwigshafen, Med.-Rat Dr. Kühn in Kaiserslautern, Dr. Höfer in Parsberg, Med.-Rat Dr. Schäfer in Sulzbach, Med.-Rat Dr. Grundler in Neumarkt (Oberpfalz), Dr. Löffler und Med.-Rat Dr. Schneller in Bamberg, Med.-Rat Dr. Heißler in Bayreuth, Dr. Zorn in Lichtenfels, Dr. Buck in Forchheim, Dr. Schirmer-Eichstädt, Dr. Mayer in Hersbruck, Dr. Aschenbrenner in Weißenburg i. S., Dr. Gutermann in Alzenau, Dr. Löffler in Aschaffenburg, Dr. Thiel in Ebern, Dr. Hohenberger in Haßfurt, Dr. Trzetziak in Karlstadt, Dr. Rud. Braun in Kitzingen, Dr. Lorenz Braun in Königshofen, Dr. Weber in Schweinfurt, Dr. Roemer in Lindau a. B, Dr. Büller in Neustadt a. D. (Schwaben), Dr. Wiedemann in Neu-Ulm, Dr. Schmitt in Wertingen, Dr. Stickl in Füßen, Dr. Brugger in Günzburg, Dr. Borger in Illertissen, Dr. Lüst in Kaufbeuren sowie die bezirksärztlichen Stellvertreter: Dr. Ochsen-

Arbeitsanhäufung nicht die Zeit zu einer vollständigen Verarbeitung meines Materials gefunden.

[1]) Vortrag, gehalten bei der XI. Landesversammlung des Bayerischen Medizinal-Beamtenvereins in Neustadt a. H. am 12. Juli 1914.

kühn in Schwandorf, Dr. Löffler in Auerbach, Dr. Degen in Kastl, Dr. Berchtold in Ottobeuren, Dr. Koch in Oettingen.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Hans Tremel in Forchheim zum Bezirksarzt in Landau.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kriegsverdienstkreuz, den Bezirksärzten Med.-Rat Dr. Zehlert in Chemnitz, Dr. Kindler in Floeha Dr. Boeters in Marienberg, Dr. Neumeister in Borna, Ober-Med.-Rat Dr. Kindt in Grimmen, dem Stadtbezirksarzt Dr. Leonhardt in Dresden und den Bezirksassistenzarzt Dr. Rößler-Leipzig.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens: dem Med.-Rat Dr. Russ, Oberamtsarzt in Rottweil; — das Wilhelmkreuz mit Schwertern: dem Med.-Rat Dr. Palmer, Oberamtsarzt in Biberach; — das Charlottenkreuz: den Oberamtsärzten und Med.-Räten: Dr. Krauss-Kirchheim-Teck, Dr. Bubenhofer-Vaihingen a. E., Dr. Russ-Rottweil, Dr. Jäger-Ulm, Dr. Späth-Eßlingen, Dr. Schmid-Brackenheim, Dr. Kommerell-Cannstadt, Dr. Ludwig-Leonberg, Dr. Baur-Blaubeuren, Dr. Lutz-Saulgau, Dr. Missmahl-Riedlingen, Dr. Heller-Backnang, Dr. Staudenmayer-Ludwigsburg, Dr. Paulus-Heidenheim, Dr. Andrassy-Böblingen, Dr. Moosbrugger-Bentkirch, Dr. Maisch-Oehringen, Dr. Rembold-Waldsee, Dr. Finckh-Tettnang, sowie den Oberamtsärzten Dr. Georgii-Geislingen, Dr. Teufel-Gaildorf, Dr. Gnant-Ellwangen, Dr. Kurrer-Horb, Dr. Herrmann-Sulz, Dr. Luib-Mergentheim, Dr. Kästle-Wangen, Dr. Weißenrieder-Maulbronn, Dr. Drachter-Crailsheim, Dr. Föhr-Marbach, Dr. Lechler-Herrenberg, Dr. Muntsch-Neresheim, Dr. Haffner-Gerabronn, Dr. Haaga-Aalen, Dr. Fröhner-Balingen und Dr. Zöppritz-Stuttgart-Amt.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Es haben das Badische Kriegsverdienstkreuz erhalten: die Bezirksärzte Med.-Rat Dr. Guttenberg-Freiburg i. Br., Med.-Rat Dr. Warth-Müllheim, Dr. Riffel-Neustadt, Med.-Rat Dr. Baader-Offenburg, Dr. Barth-Staufen, Dr. Staatsmann-Schönau, Med.-Rat Dr. Dörner-Schopfheim, Dr. Kiefer-Wolfart, Med.-Rat Dr. Schneider-Achern, Med.-Rat Dr. Thomann-Baden, Med.-Rat Dr. Schaller und Med.-Rat Dr. Eberle-Karlsruhe, Med.-Rat Dr. Compter-Rastatt, Dr. Volk-Bonndorf, Med.-Rat Dr. Frey-Engen, Med.-Rat Dr. Schöning-Donaueschingen, Geh. Med.-Rat Dr. Heinemann-Konstanz, Med.-Rat Dr. Popp-Säckingen, Dr. Kautzmann-St. Blasien, Med.-Rat Dr. König-Stockach, Dr. Schäfer-Triberg, Med.-Rat Dr. Bär-Waldshut, Dr. Kreß-Adelsheim, Dr. O. Frey-Boxberg, Dr. Baumann-Buchen, Dr. Seitz-Mosbach, Med.-Rat Dr. Holl-Heidelberg, Med.-Rat Dr. Wippermann-Mosbach, Dr. Hauger-

Sinsheim, Dr. Bopp-Tauberbischofsheim, Dr. Ernst-Wiesloch, sowie die Bezirksassistenzärzte: Dr. Battlehner-Karlsruhe, Med.-Rat Dr. Blume-Philippsburg.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Militärsanitätskreuz: den Kreisärzten und Med.-Räten Dr. Koeniger in Offenbach, Dr. Kullmann in Lauterbach, Dr. Stigell in Oppenheim, Dr. Zinßer in Alsfeld, Dr. Fresenius in Worms und Dr. Walger in Gießen; — das Allgemeine Ehrenzeichen für Kriegsverdienste: den Kreisärzten und Med.-Räten Dr. Nebel in Friedberg und Dr. Drescher in Alzey, sowie dem Med.-Rat Dr. Böttcher, Leiter des Untersuchungsamts für Infektionskrankheiten in Gießen.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Militärverdienstkreuz II. Kl.: den Kreisärzten Med.-Rat Dr. Günther in Boizenburg, Dr. Peeck in Gnoien, Dr. Dannien in Malchin, Med.-Rat Dr. Buschmann in Parchim und Dr. Peters in Löwenberg i. Schles.

Ernannt: Der a. o. Prof. Dr. Kleist in Erlangen zum ordentlichen Professor in Rostock und Direktor der Irrenanstalt Gelsheim bei Rostock.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Ernannt: Der a. o. Prof. Dr. Ibrahim in Würzburg zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde und Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Jena.

Grossherzogtum Oldenburg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Friedrich August-Kreuz II. Klasse am rotblauen Bande: dem Kreisarzt Dr. Knospe in Berlin sowie den Amtsärzten Ob.-Med.-Rat Dr. Barnstedt in Oldenburg, Dr. Rosenow in Rüstringen, Dr. Rau in Westerstede und Med.-Rat Dr. Steenken in Elsfleth; — dasselbe Kreuz am blauroten Bande: dem Ob.-Med.-Rat Dr. Schlaeger, Landesarzt und Landgerichtsarzt, Med.-Rat Dr. Willers, Direktor der Hebammenlehranstalt in Oldenburg, ferner den Amtsärzten Dr. Seitz in Brake, Med.-Rat Dr. Buba in Nordenham, Dr. Lübbers in Löningen, Med.-Rat Dr. Möhlfeldt in Delmenhorst, Med.-Rat Dr. Nolte in Frisoythe, Med.-Rat Dr. Scherenberg in Jever, Dr. Thiele in Varel, Med.-Rat Dr. Heinz in Vechta und Med.-Rat Dr. Strahlmann in Wildeshausen, Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Tjaden in Bremen.

Herzogtum Braunschweig.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Braunschweiger Kriegsverdienstkreuz: dem Med.-Rat Dr. Roth, Kreisarzt und Mitglied des Landesmedizinalkollegiums in Braunschweig sowie den Kreisärzten Geh. San.-Rat Dr. Creite in Schöningen, Dr. Schulze in Holzminden, Dr. Dippelt in Ottenstein und Dr. Kahle in Aurich; — das Ritterkreuz II. Klasse

Arbeitsanhäufung nicht die Zeit zu einer vollständigen Verarbeitung meines Materials gefunden.

[1]) Vortrag, gehalten bei der XI. Landesversammlung des Bayerischen Medizinal-Beamtenvereins in Neustadt a. H. am 12. Juli 1914.

des Braunschweigischen Ordens Heinrich des Löwen: den Kreisärzten San.-Rat Dr. Bennefeld in Kalvörde und San.-Rat Dr. Zimmer in Gandersheim.

Herzogtum Anhalt.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Anhaltische Friedrichkreuz für Verdienste im Kriege: den Kreisärzten Geh. Med.-Rat Dr. Oehmke in Dessau, Med.-Rat Dr. Esleben in Bernburg, Med.-Rat Dr. Weinberg in Köthen und Med.-Rat Dr. Fitzau in Ballenstedt.

Herzogtum Sachsen-Altenburg.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Herzog-Ernst-Medaille mit Spange: dem Geh. Med.-Rat Dr. Nützenadel sowie den Bezirksärzten San.-Rat Dr. Kutschbach in Kahla, Med.-Rat Dr. Bonde in Roda, San.-Rat Dr. Beyer in Altenburg; — dieselbe Medaille mit Krone: Med.-Rat Dr. Hesse, Bezirksarzt in Schmölln; — dieselbe Medaille ohne Spange: San.-Rat Dr. Morens in Meuselwitz.

Herzogtum Sachsen-Meiningen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Herzoglich Sachsen-Meiningische Ehrenkreuz für Auszeichnungen im Kriege: den Physikern Geh. Med.-Rat Dr. Kreissmann in Sonneberg, Geh. San.-Rat Dr. Helmkampf in Saalfeld, Geh. San-Rat Dr. Berthot in Hildburghausen sowie dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Lachmann in Oels.

Fürstentum Schaumburg-Lippe.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Schaumburg-Lippische Medaille für Militär-Verdienst mit dem roten Kreuz: den Kreisphysikern und Med.-Räten Dr. Burchard in Bückeburg und Dr. Lambrecht in Stadthagen.

Fürstentum Lippe.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Fürstlich Lippische Kriegs-Verdienstkreuz am weißen Bande: dem Geh. Hofrat und Med.-Rat Dr. Stemann in Detmold, den Kreisärzten San.-Rat Dr. Carius in Detmold und San.-Rat Dr. Heynemann in Lemgo sowie den Amtswundärzten Geh. San.-Rat Dr. Theopold in Barntrup, Dr. Gundermann in Schulenburg, Dr. Vehrling in Salzuflen, San.-Rat Dr. Martheus in Oerlinghausen, Dr. Fricke in Varenholz und Dr. Wittig in Lemgo.

Freie Hansastädte.

Ernannt: Dr. H. A. Bulle in Cuxhaven zum Amtsphysikus für das Amt Ritzebüttel und Leiter des Staatskrankenhauses in Cuxhaven.

In den Ruhestand getreten: Dr. Schmidt, Amtsphysikus und Leiter des Staatskrankenhauses in Cuxhaven.

29. Jahrg. 1916.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 23.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Dez.

Temperaturen von Schulzimmern im Winter.[1])

Von Reg.-Med.-Rat Dr. **Schwink**-Bayreuth.

Unser Herr Vorsitzender hat mich im April aufgefordert, hier in Neustadt a. H. einen wissenschaftlichen Vortrag zu halten, weil er annahm, daß ich als ehemaliger Amtsarzt in Rockenhausen wieder einmal gerne in die schöne Pfalz reisen werde. Die Voraussetzungen unseres Herrn Vorsitzenden stimmen völlig überein mit der Wirklichkeit und ich bin der Aufforderung um so lieber nachgekommen, als die Grundlagen zu meiner Besprechung vorwiegend in der Pfalz gewonnen wurden.

Trotzdem ich nun schon seit langem mein Versprechen für den Vortrag gab, muß ich doch um gütige Entschuldigung wegen dessen Kürze bitten. Ich habe nämlich infolge des Wechsels meines Domizils und der damit verknüpften größeren Arbeitsanhäufung nicht die Zeit zu einer vollständigen Verarbeitung meines Materials gefunden.

---

[1]) Vortrag, gehalten bei der XI. Landesversammlung des Bayerischen Medizinal-Beamtenvereins in Neustadt a. H. am 12. Juli 1914.

Nach der Ministerial-Bekanntmachung vom 15. April 1913 kann die künstliche Erwärmung der Schulzimmer durch Zentralheizung oder durch Oefen erfolgen. Es ist in dem § 8 im allgemeinen darauf hingewiesen, welches System im gegebenen Falle zu wählen ist. Die von mir gemachten Aufschreibungen beziehen sich insgesamt auf Einzelheizung durch einen oder durch zwei Oefen.

Angeregt zu diesen Aufschreibungen wurde ich vor etwa 20 Jahren gelegentlich der Bestimmung der Kohlensäuremenge in der Luft von drei Schulzimmern. Ich habe damals während eines Schuljahres an allen Schulstunden in den verschiedenen Monaten Luftproben aus den Schulen geholt. Da man bekanntlich nach der Pettenkofer'schen Methode auch die Temperatur in dem zu untersuchenden Raume ablesen muß, fiel es mir auf, daß manchmal große Verschiedenheit im Temperaturgrad sich zeigte, je nachdem das Thermometer in vorgeschriebener Höhe an der einen oder anderen Wand aufgehängt war. Eine weitere Verfolgung dieser Erscheinung blieb mir vorerst versagt. Sie wurde mir erst ermöglicht, als mich ein glücklicher Zufall in die Pfalz führte. In den alten Akten fand ich eine Regierungs-Entschließung, die zwar nicht mehr strenge gehandhabt wurde, aber bis dahin auch noch nicht aufgehoben worden war. Nach dieser Entschließung sind die Bezirksärzte gehalten, alljährlich mindestens zweimal während des Unterrichts die einzelnen Schulen ihres Bezirks zu besuchen und nach verschiedener Richtung zu prüfen. Auf Grund dieser Vorschrift konnte ich die sämtlichen Schulen des Bezirks regelmäßig besuchen.

War also die Temperatur der Außenluft im Winter genügend zurückgegangen, dann ist während des Aufenthaltes im Schulgebäude die Temperatur in den Schulzimmern festgestellt worden. Dies geschah manchmal nur in der Weise, daß die Temperaturablesung vom Schulthermometer gewissermaßen im Vorbeigehen erfolgte, in der Regel aber so, daß sowohl die Temperatur des in der Schule befindlichen Thermometers festgestellt wurde, als auch die Temperaturangabe von Kontrollthermometern, die in größerer Zahl mitgenommen und an verschiedenen Stellen des Schulzimmers aufgehängt worden waren. Mitunter stellten sich der Mitnahme einer größeren Anzahl (bis zu 12) Thermometern Hindernisse in den Weg, so daß nicht immer übereinstimmend viele Thermometer in den Schulzimmern verteilt werden konnten; weiterhin stellte es sich da und dort heraus, daß das vorgeschriebene Schulthermometer nicht angeschafft oder zerbrochen oder anderswo verwendet war.

Um einen durchaus genügenden Ausgleich in den eben aufgehängten Thermometern zu erzielen, mußte bis zum Ablesen mindestens $^1/_2$ Stunde gewartet werden.

Die in einem einzigen Bezirksamtssprengel gesammelten Beobachtungen rufen naturgemäß für diesen Distrikt das nächste Interesse hervor. Aber auch für diesen Bezirk haben sie nicht

auf alle Zeit Geltung; sie wurden sogar während der darauf verwendeten Zeit teilweise zu einer Nachprüfung untauglich infolge von baulichen Verschiebungen an den Schulen; derartige Veränderungen sind aber in der Zwischenzeit gewiß noch zahlreicher eingetreten. Trotzdem behalten die Beobachtungen ein größeres Interesse für den beobachteten Bezirk; die Ergebnisse aus den sämtlichen Feststellungen können aber auch wohl ein allgemeineres Interesse beanspruchen.

Auf den Tafeln (s. S. 696—699) habe ich nicht alle Beobachtungen vermerkt und z. B. die herrschende Außentemperatur, die Lage des Schulhauses, die Windrichtung hier nicht eingeschrieben. Ich habe auch auf die Tabellen nicht eingezeichnet, wo das Thermometer aufgehängt war; es ist einleuchtend, daß die Temperatur in der Nähe des Ofens eine höhere sein wird, als an einer entfernteren Wand. Ich habe auch manche Thermometerablesung überhaupt nicht eingetragen, weil sie identisch mit einer anderen war und weil ich die Zahlenreihen nicht unnötigerweise verlängern, sondern auf höchstens 4 Ablesungen beschränken wollte.

Die Besprechung aller Detailangaben würde ermüden, langweilen und doch zu keinen allgemeinen Schlüssen führen. Ich will daher nur eine allgemeine Orientierung versuchen und bitte hierzu eine der Tabellen zu betrachten. Sie finden hier mit zwei Buchstaben bezeichnet die besuchte Schule, z. B. Al. Dann folgen meist 3, bei einigen Schulen auch 4 senkrecht stehende Zahlenreihen. Jede dieser Zahlenreihen gibt die abgelesenen Temperaturen einer einzigen Beobachtung und sagt zugleich, an wie vielen Stellen des Schulzimmers mindestens Thermometer aufgehängt und abgelesen wurden. Ohne Rücksicht auf den Ort der Anbringung eines Thermometers wurden die festgestellten Temperaturen so untereinander geschrieben, daß die niederste Temperatur am weitesten nach oben, die höchste abgelesene Temperatur am weitesten nach abwärts gestellt wurde. So zeigt z. B. die Aufzeichnung der Schule Fa, daß an vier verschiedenen Tagen die Temperaturen abgelesen wurden. Die Zeiten der Ablesungen habe ich auf den Tabellen nicht angegeben. Ich kann aber anführen, daß ich die Schule Fa am 23. Januar 1906 um 10 Uhr vormittags, am 20. Dezember 1906 um 9 Uhr vormittags, am 26. Februar 1907 um 9 Uhr vormittags und endlich ein viertes Mal am 6. Febrnar 1908 aufgesucht habe. Bei dem Besuche am 23. Januar 1906 hatte ich 4 Thermometer an verschiedene Stellen des Schulzimmers verteilt und die nach etwa einer halben Stunde erfolgte Ablesung zeigte, daß an der einen Ecke, der West-Ecke, eine Temperatur von 9°, am Schulthermometer der Nordwestwand eine Temperatur von 11°, in der Nähe des Ofens, aber geschützt durch den Ofenschirm, eine Temperatur von 14° und endlich in der Nähe des Ofens, aber ohne den Schutz eines Schirmes, eine Temperatur von 17° festzustellen war. Auch bei dem zweiten Besuch wurden die Temperaturen von 4 Thermo-

Uebersicht über die in verschiedenen Schulen festgestellten Temperaturen.

Schule	Tag der Feststellung	Festgestellte Temperaturen
Al	16. XII. 05 23. I. 07 23. I. 08	15, 18 u. 20° 10, 16, 17 u. 22° 18, 14 u. 17°
Am	10. II. 06 10. I. 07 14. I. 08	13, 15, 20 u. 22° 15, 17, u. 21° 10, 15, 17, 18°
An	30. I. 06 10. I. 07 14 I. 08	14, 20 u. 23° 10, 12 u. 12° 12, 15, 16 u. 17°
Ap	1. II. 06 9. I. 07 13. I. 08	13, 15, 17 u. 25° 12, 15, 17 u. 23° 17, 19 u. 19°
Aq	1. II. 06 9. I. 07 13. I. 08	16, 17, 19 u. 21° 16, 16, 17 u. 19° 15, 15, 17 u. 18°
Ar	1. II. 06 15. I. 07 13. I. 08	14, 17, 20 u. 25° 18, 22 u. 24° 20, 21 u. 21°
As	1. II. 06 15. I. 07 13. I. 08	15, 17, 18 u. 23° 19, 20 u. 25° 18, 18 u. 21°
At	1. II. 06 15. I. 07 13. I. 08	17, 19 u. 25° 18, 22 u. 23° 18, 18 u. 21°
Av	1. II. 06 13. I. 08	21, 23, 25 u. 27° 19 u. 21°
Aw	21. XII. 05 7. I. 08	8 u. 10° 1,5, 10, u. 19,5°
Az	21. XII. 05 11. XII. 06 7. I. 08	8, 10, 11 u. 15° 10, 11, 13 u. 14° 3, 10 u. 13°
Ba	9. II. 07 9. II. 07 15. I. 08	10, 16 u. 16° 11, 18 u. 22° 18, 18 u. 22°
Be	7. II. 06 18. XII. 06 25. I. 08	13,5 14, 15 u. 16,5° 18, 19, 19 u. 20° 16, 16, 17 u. 18°
Bi	27. I. 06 30. I. 07 16. I. 08	14, 16, 21 u. 22° 16, 18 u. 21° 15, 16, 16 u. 17°
Bo	25. I. 06 24. I. 07 3. II. 08	12, 12,5 u. 12,5° 11, 18 u. 25° 17, 18 u. 19°
Bu	25. I. 06 24. I. 07 3. II. 08	10, 12,5 u. 13° 2, 2 u. 5° 10, 10 u. 11°
Br	25. I. 06 24. I. 07 11. I. 08	14,5, 15, 15 u. 18,5° 10, 11, 13 u. 17° 7, 10, 10 u. 12°
Ca	17. II. 06 4. II. 08	12,5, 15,5 u. 19° 16, 16 u. 16°
Ce	7. II. 07 4. II. 08	15, 16 u. 16° 17, 18, 18 u. 21°
Da	7. II. 06 18. XII. 06 5. II. 08	14, 15 u. 19° 11, 11 u. 16° 9, 14, 14 u. 16°
De	7. II. 06 18. XII. 08 5. II. 08	15, 18,5, 19 u. 23° 15, 15 u. 17° 14, 18, 18 u. 21°
Dh	20. XII. 05 26. I. 07 10. I. 08	11,5, 13, 15 u. 17° 10, 13 u. 20° 6, 8 u. 8°
Di	20. XII. 05 26. I. 07 10. I. 08	13, 17 u. 22° 10, 12 u. 17° 12, 12 u. 13°
Dl	27. I. 06 26. II. 06 26. II. 06 19. I. 07	14 u. 14° 9 u. 10° 13, 15, 18 u. 20° 15, 16, 17 u. 20°
Do	8. II. 06 5. II. 07 12. II. 07 11. II. 08	17,5 u. 25° 14 u. 18° 17, 17 u. 23° 14, 18 u. 22°
Dr	8. II. 06 5. II. 07 12. II. 07 11. II. 08	10, 11, 13,5 u. 21° 12° 11, 12 u. 23° 11, 12 u. 13.
Du	8. II. 06 5. II 07 11. II. 08	11, 13 u. 17° 17° 16, 17 u. 17°
Eb	21. XII. 05 8. II. 06 18. I. 07 7. I. 08	16,5, 16,5 u. 17° 12 u. 12° 14, 14, 18 u. 22° 12, 13, 15 u. 19°
En	21. XII. 05 8. II. 06 18. I. 07 7. I. 08	12 u. 16,5° 12, 13 u. 16° 12, 15, 15 u. 21° 10, 11 u. 17°
Fa	23. I. 06 20. XII. 06 26. II. 07 6. II. 08	9, 11, 14 u. 17° 13,5, 14, 14 u. 24° 13, 13 u. 17° 12, 13 u. 15°

Uebersicht über die in verschiedenen Schulen festgestellten Temperaturen.

Schule	Tag der Feststellung	Festgestellte Temperaturen
Fe	6. II. 06	12, 14, 15 u. 15°
	6. II. 07	12, 13, 18 u. 21°
	30. XII. 07	12.5 15, 19 u. 21°
Fi	6. II. 06	16, 17, 17 u. 26°
	6. II. 07	14, 15 u. 17°
	30. XII. 07	19, 19, 20 u. 24°
Fl	6. II. 06	11, 12, 13 u. 14°
	6. II. 07	13, 15, 18 u. 23°
	30. XII. 07	12, 14, 15 u. 17°
Fo	14. II. 06	16, 23 u. 26°
	5. I. 07	12, 13, 17 u. 24°
	31. I. 08	16, 18, 18 u. 21°
Ga	8. II. 07	13, 14 u. 14°
Ge	16. XII. 05	13,5, 16,5 u. 24°
	8. II. 07	14, 16 u. 23
	17. XII. 07	14, 15, 18 u. 22°
Gi	5. II. 06	12,5, 13, 13 u. 16,5°
	17. XII. 06	14, 15, 15 u. 19,5°
	18. XII. 07	10 u. 15°
Gl	26. I. 06	9,5, 10, 10 u. 17°
	8. II. 07	11, 11 u. 16°
	23. I. 08	15, 17, 18 u. 19°
Gn	21. I. 08	14, 14, 15 u. 15°
Go	26. I. 06	9, 9, 13,5 u. 17,5°
	23. I. 07	8, 10, 15 u. 33°
	23. I. 08	12, 13, 14 u. 15°
Gr	25. I. 06	11, 11,5, 12,5 u. 15°
	3. I. 07	7, 7, 10 u. 13°
	25. XI. 07	9, 10 u. 17°
Gu	21. I. 07	12, 14, 18 u. 25°
	21. II. 07	16, 17 u 22.
	18. XII. 07	15, 16, 17 u. 20°
Ha	6. II. 06	14, 15, 18 u. 39°
	31. XII. 06	12, 12, 13 u. 18°
He	6. II. 06	13,5, 15, 17 u. 24°
	31. XII. 06	12, 12, 13 u. 22°
	28. XII. 07	8, 9 u. 12°
Hi	22. I. 08	15, 16 u. 17°
Ho	15. I. 06	12,5, 16,5, 20 u. 22°
	8. XII. 06	12, 15, 15,5 u. 18°
	22. I. 08	12, 17 u. 21°
Hs	15. II. 06	8, 10 u. 11°
	28. I. 07	9, 10, 10 u. 14°
	24. I 08	13, 13, 14 u. 15°
Ht	15. II. 06	9, 11 u. 11°
	28. I. 07	7, 9 u. 9°
	24. I. 08	11, 12, 12 u. 14°

Schule	Tag der Feststellung	Festgestellte Temperaturen
Hu	5. II. 06	8, 11,5, 12 u. 24°
	17. XII. 06	7, 7 u. 8°
	4. I. 08	4, 6, 7 u. 7°
Hw	5. II. 06	10, 13, 13 u. 21
	17. XII. 06	5, 5 u. 7°
	4. I. 08	13, 14, 15 u. 18°
Ib	23. I. 06	12,5, 13,5 u. 23,5°
	29. XII. 06	9, 12, 16 u. 20°
	22. XI. 07	10, 12 u. 13°
If	23. I. 06	10,5, 12 u. 18°
	28. II. 07	12, 15, 24, 26°
	22. XI. 07	13, 15 u. 26°
Ig	23. I. 06	9, 9,5 u. 20°
Im	21. I. 07	15, 17 u. 17°
	21. II. 07	17, 18 u. 18°
	14. I. 08	11, 12, 13 u. 14
Ir	5. I. 06	13, 15, 16 u. 18
	21. I. 07	15, 15 u. 18°
	14. I. 08	10, 11, 16 u. 18
Ka	9. I. 07	17, 19, 23,5 u. 25°
Ke	11. III. 07	16, 19 u. 23°
	3. I. 08	13, 13,5 u. 24°
Ki	29. I. 06	13, 14,5, 19 u. 20°
	19. XII. 06	14, 14, 15 u. 22°
	15. I. 08	12, 16 u. 17°
Ko	29. I. 06	15, 15, 18,5°
	19. XII. 06	15,5, 15,5, 18, 25°
	15. I. 08	17, 17 u. 21°
La	19. II. 06	20, 22 u. 25°
	12. I. 07	20, 21 u. 24°
Le	13. II. 08	14, 18 u. 19°
Li	13. II. 08	18 u. 20°
Lo	9. II. 06	13, 15, 15 u. 18°
	31. I. 07	10, 10, 11 u. 17°
	6. I. 08	7, 8 u. 10,5°
Lu	9. II. 06	15, 15, 17 u. 18°
	31. I. 07	13, 14, 14 u. 15°
	6. I. 08	1, 2 u. 5°
Ma	3. I. 06	10 u. 14°
	8. XII. 06	13, 13, 14 u. 14°
	25. I. 08	13, 13, 13 u. 17°
Me	3. I. 06	7, 10, 10 u. 24°
	8. XII. 06	7, 7,5, 9 u. 12°
	25. I. 08	12, 13, 13 u. 14°
Mi	24. II. 06	13, 13, 15 u. 19°
	13. XII. 06	7, 8, 9 u 11°
	2. XII. 07	16, 16 u. 18°

Uebersicht über die in verschiedenen Schulen festgestellten Temperaturen.

Schule	Tag der Feststellung	Festgestellte Temperaturen
Ml	25. I. 06	9, 10, 10 u. 36°
	7. I. 07	7, 8, 10 u. 25°
	14. I. 08	5, 8 u. 9°
Mo	30. I. 06	11, 14, 17,5 u. 29°
	7. I. 07	13, 13 u. 17°
	14. I. 08	5, 8 u. 9°
Mr	30. I. 06	12, 13, 15 u. 16°
	7. I. 07	10, 11 u. 13°
	14. I. 08	5, 5 u. 7°
Ms	15. I. 06	15, 19, 24 u. 25°
	21. XII. 06	13, 14, 18 u. 25°
	3. I. 08	13, 14 u. 17°
Mu	15. I. 06	12, 14,5, 15 u. 17°
	21. XII. 06	12, 12, 12 u. 15°
	3. I. 08	14, 15 u. 18°
Na	22. II. 06	9 u. 11°
	22. XII. 06	5, 6 u. 10°
	9. I. 08	4, 4 u. 4°
Ne	22. II. 06	11, 11 u. 18°
	22. XII. 06	7, 7 u. 14°
	9. I. 08	6, 7 u. 7°
Ni	13. II. 06	17, 17, 21 u. 22°
	22. I. 07	16, 17 u. 21°
	3. I. 08	8, 10,5, 15 u. 17°
No	1. II. 06	12, 12, 15 u. 20°
	15. I. 07	11, 12, 15 u. 17°
	13. I. 08	8, 11 u. 17°
Nu	1. II. 06	14, 15, 16 u. 20°
	7. II. 07	14, 15, 16 u. 27°
	13. I. 08	8, 9 u. 13°
Ob	21. XII. 06	13, 14, 16 u. 19°
	8. II. 07	11, 12 u. 13°
	3. I. 08	7, 10 u. 11°
Od	16. III 06	12, 13 u. 19°
	4. I. 07	11, 13, 13 u. 16
	13. I. 08	7, 7, 8 u. 11°
Oe	16. III. 06	13, 14 u. 17°
	4. I. 07	14 u. 15°
	13. I. 08	8, 14 u. 17°
Of	16. III. 06	12, 19 u. 20°
	4. I. 07	13, 14 u. 20°
	13. I. 08	8, 14, 14 u. 16°
Og	16. III. 06	13, 20 u. 21°
	4. I. 07	18, 19. 19 u. 19°
	13. I. 08	10, 11, 15 u. 17°
Ok	3. I. 06	7, 11 u. 15°
	8. XII. 06	10, 11, 13 u. 17°
	25. I. 08	14, 15, 15 u. 17°
Om	3. I. 06	10,5 u. 22°
	8. XII. 06	10,5, 12, 13 u 13°
	25. I. 08	13, 14, 15 u. 16°
On	11. XII. 05	15 u. 24,5°
	5. II. 07	15, 16, 17 u. 28°
	11. II. 08	14, 16, 18 u. 19°
Or	11. XII 05	14,5, 18,5 u. 21°
	5. II. 07	14, 15, 15 u. 19°
	11. II. 08	15, 16, 17 u. 17°
Os	11. XII. 05	16 u. 21°
	5. II. 07	18, 18 u. 19°
	11. II. 08	18, 18 u. 21°
Ot	11. XII. 05	17 u. 24,5°
	5. II. 07	16, 16 u. 28°
	11. II. 08	14, 16, 23 u. 24°
Pa	9. II. 06	14, 15 u. 25°
	14. I. 07	15, 17 u. 26°
	4. XII. 07	6, 10, 13 u. 20°
Po	9. II. 06	9, 12 u. 12°
	14. I. 07	7, 8 u. 9°
	8. I. 08	— 2, 6 u. 9°
Ra	24. I. 06	14, 16 u. 17°
	8. I. 07	12,5, 17, 24 u. 26°
	7. XII. 07	14, 15, 17 u. 19°
Rc	15. XII. 06	16, 17 u. 18°
	4. II. 08	17, 19 u. 20°
Re	11. XII. 05	13,5, 18,5 u. 18°
	15. XII. 06	11, 13 u. 15°
	4. II. 08	17, 17 u. 21°
Rf	11. XII. 05	13 u. 17°
	15. XII. 06	15, 15,5 u. 19°
	4. II. 08	19 u. 19°
Ri	18 XII. 05	9, 12 u. 13,5°
	1. III. 06	12, 13 u. 18°
	11. I. 07	13,5, 14, 15 u. 15°
	18. I. 08	17, 18 u. 19°
Rk	19. XII. 05	13, 16, 18 u. 21°
	1. III. 06	15, 21 u. 22°
	11. I. 07	11, 14, 15 u. 20°
	18. I. 08	16, 18 u. 20°
Re	1. III. 06	11, 14, 17 u. 19,5°
	11. I. 07	10, 11, 13 u. 18°
	18. I. 08	16, 18 u. 18°
Rn	22. XII. 05	17, 19, 22 u. 24°
	1. III. 06	14, 15 u. 16°
	11. I. 07	14, 17, 19 u. 21°
	18. I. 08	19, 20 u. 21°

Uebersicht über die in verschiedenen Schulen festgestellten Temperaturen.

Schule	Tag der Feststellung	Festgestellte Temperaturen
Ro	22. XII. 05 1. III. 06 11. I. 07 18. I. 08	13, 13, 15 u. 20° 13,5, 14 u. 16° 15, 15, 16 u. 18° 17, 18 u. 20°
Rp	8. I. 06 16. I. 07 3. II. 08	15,5, 16,5, 17 u. 28° 13, 16, 16 u. 25° 14, 15 u. 16°
Ru	8. I. 06 16. I. 07 3. II. 08	11,5, 12, 14 u. 20° 11, 14, 16 u. 24° 10, 10 u. 11°
Sa	22. I. 06 2. II. 07 23. XI. 07	10, 12,5, 13 u. 14° 15, 17, 18 u. 23° 16, 17 u. 18°
Sb	12. I. 06 30. I. 07 16. I. 08	12,5, 15 u. 21° 11, 17, 17 u. 23° 7,5, 10, 11 u. 16°
Sc	15. II. 06 14. II. 07 14. I. 08	14, 15, 27 u. 28° 15, 19 u. 20° 5, 5, 6 u. 6°
Sc	29. I. 06 14. II. 07 14. I. 08	5, 8, 13 u. 15° 12, 13 u. 23° 10, 13, 15 u. 16°
Sg	16. I. 06 21. XII. 06 6. I. 08	16, 17,5, 20 u. 21° 11, 12 u. 21° 1, 4 u. 11°
Si	16. I. 06 10. XII. 06 6. I. 08	13,5, 15, 20 u. 21° 6,5, 7 u. 15° 1,5, 8 u. 11°
Sk	25. I. 06 17. I. 07 11. I. 08	5,5, 6,5, 12,5 u. 15° 13, 13, 17,5 u. 21° 12, 13, 15 u. 18°
Se	25. I. 06 17. I. 07 11. I. 08	15, 16 u. 20,5° 18, 19, 19 u. 21° 12, 13, 15 u. 19°
Sm	17. I. 07 11. I. 08	15, 16, 16 u. 19° 13, 14, 17 u. 17°
Sn	22. I. 06 2. II. 07 13. II. 07 23. XI. 07	12, 12,5, 15,5 u. 22° 8, 10 u. 13° 10, 10, 11 u. 19° 7 u. 8°
So	24. I. 06 13. XI. 06 7. XII. 07	10, 11, 14 u. 20° 14, 15, 16 u. 20° 14, 17 u. 17°
Sp	25. I. 06 12. XI. 06 3. II. 08	9,5, 10,5 u. 14,5° 13, 14,5, 15 u. 20° 11, 12, 13 u. 16,5°

Schule	Tag der Feststellung	Festgestellte Temperaturen
St	25. I. 06 12. XI. 06 3. II. 08	11, 11, 12,5 u. 19° 14, 15, 15 u. 22° 14, 15, 16 u. 16°
Te	27. I. 06 19. I. 07	13 u. 17° 14, 14, 14 u. 19°
Un	22. I. 06 4. I. 07 13. I. 08	14, 15, 16 u. 17° 12, 14, 15 u. 16° 12, 13 u. 15°
Wa	14. II. 06 5. I. 07 31. I. 08	10 u. 19° 13 u. 22° 15, 15 u. 17°
Wd	16. I. 06 14. XII. 06 6. I. 08	13, 13, 14 u. 14° 8,5, 11, 11 u. 20° 8, 8 u. 16°
We	10. II. 06 31. I. 07 15. II. 07 14. I. 08	13, 15, 21 u. 23° 17, 25 u. 26° 17 u. 22° 13, 15, 15 u. 20°
Wg	10. II. 06 31. I. 07 15. II. 07 6. I. 08	13,5, 14, 17 u. 17° 12, 12 u. 14° 12, 13, 14 u. 17° 8, 9 u. 12°
Wi	10. II. 06 31. I. 07 15. II. 07 14. I. 08	9, 12, 13 u. 25° 11, 12 u. 18° 12, 13 u. 18° 13, 17, 17 u. 18°
Wk	10. II. 06 31. I. 07 15. II. 07 6. I. 08	13, 14, 17 u. 20° 16, 17, 20 u. 24° 13 u. 17° 4, 8 u. 12°
Wl	10. II. 06 31. I. 07 15. II. 07 14. I. 08	18, 18, 21 u. 23° 17, 18, 19 u. 25° 15 u. 20° 10, 12, 14 u. 15°
Wn	13. II. 06 23. I. 07 3. I. 08	14, 16 u. 20° 11, 17 u. 25° 6, 11, 13 u. 18°
Wo	19. I. 06 22. I. 07 23. I. 08	13, 14, 15 u. 23° 8, 10 u. 15° 10, 15, 16 u. 20°
Wu	19. I. 06 22. I. 07 23. I. 08	14, 14,5, 15 u. 20° 11, 14 u. 17° 15, 17 u. 18°

metern, bei dem dritten und vierten Besuch jedoch nur von 3 Thermometern abgelesen und eingetragen.

Wenngleich jede Schule alljährlich aufgesucht wurde, finden sich für manche Schulen nur 2, ja manchmal nur 1 Eintrag. Dies läßt sich dadurch erklären, daß einzelne Schulzimmer aus schultechnischen Gründen nur selten oder nur zu gewissen Zeiten benützt wurden. So wurde gerade das Schulzimmer Ga nur für den Abteilungsunterricht am Nachmittag gebraucht. Da ich in jene Gegend am Nachmittag nicht leicht gelangen konnte, mußte es mir genügen, die Temperaturen am Vormittag festzustellen, als zwar noch kein Unterricht erteilt wurde, das Zimmer aber bereits für die Nachmittagsschule erwärmt worden war.

Wollen wir nun aus diesem bunten Durcheinander von verschiedenen Temperaturen, das die 370 Einzelbesuche in den Schulen ergeben haben, einige zusammenfassende Ergebnisse herausgreifen, so werden wir uns zweckmäßig an die Temperaturen erinnern, die nach einer Regierungs-Entschließung für Schulen maßgebend sind und sich danach zwischen 17 bis 20° bewegen sollen.

Die untere Grenze von 17° ist 110 mal nicht erreicht worden, also an keinem der abgelesenen Thermometer, selbst nicht in der Nähe des Ofens. Manchmal blieb die höchste abgelesene Temperatur sogar sehr bedenklich unter der Mindestgrenze zurück: 5 Ablesungen zeigten 9°, eine Ablesung 8°, 4 Ablesungen 7°, 2 Ablesungen 5°, je eine Ablesung 6° und 4° als höchste Temperatur. Trotzdem bereits 4 Stunden lang geheizt worden war, konnte einmal die Temperatur nicht über 5 Grad gehoben werden, so daß der betreffende Lehrer, der den Ofen als unbrauchbar bezeichnete, die Kinder nach Hause entlassen hatte; die Temperatur der Außenluft betrug damals — 14°. Auch in weiteren 6 Beobachtungsfällen mußte die herrschende Winterkälte (zwischen — 10° bis — 14° C) als Mitursache der niederen Zimmertemperaturen angesehen werden, während bei den anderen unzureichenden Temperaturen die herrschende Winterkälte nicht allzu streng war.

Die mannigfachen Ursachen der niederen Temperaturen sollen an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden. Es möge nur noch eine einzige Beobachtung Erwähnung finden, weil trotz einer abgelesenen Höchsttemperatur von nur + 4° C doch Unterricht erteilt wurde. Hier waren die Schüler mit dem Anschüren des Feuers betraut; die Kinder schürten — in Gegenwart des Berichterstatters — 10 Minuten vor Beginn des Unterrichts das Ofenfeuer an und deshalb war die geringe Erwärmung des Schulsaales durchaus begreiflich. In wohltuendem Gegensatz zu dieser Schule mag nochmals auf die bereits erwähnte Schule hingewiesen werden, in der für den erst am Nachmittag beginnenden Unterricht bereits am Vormittag um 10 Uhr das Feuer unterhalten wurde.

Während also in vielen Schulen die höchste abgelesene Temperatur noch weit absteht von der zu fordernden unteren Grenze von 17 Grad, beanspruchen die dabei festgestellten

niedrigsten Zahlen gleichfalls einiges Interesse. Sie schwanken in großen Grenzen und fallen sogar herab unter Null, indem einmal das Schulthermometer minus 2 ° C. aufwies bei einer Freilufttemperatur von minus 14 ° C.; da die höchste Temperatur im Zimmer nur + 9 Grad betrug, befanden sich die Kinder nicht in der angenehmsten Lage.

So wie die untere Temperaturgrenze häufig nicht erreicht wurde, so wurde auch mitunter die festgelegte obere Grenze von + 20 ° überschritten; solche Ueberschreitungen waren begreiflicherweise vornehmlich in der Nähe des Ofens zu erwarten. Die Temperaturen stiegen in einzelnen Fällen bis zu + 36 ° und 39 ° C.; die glühenden Wangen der in solcher Hitze weilenden Kinder machten den Lehrer wie den Arzt darauf aufmerksam, wie sehr die Schüler darunter litten.

Die ungünstigen Wärmeverhältnisse treten umso schärfer hervor, wenn wir die gleichzeitig beobachteten niedrigsten Temperaturen mit berücksichtigen; sie stellten sich auf 9 ° gegenüber 36 ° und auf 14 ° gegenüber 39 °.

Temperaturunterschiede sind in jedem Zimmer erklärlich. Es bewirkt bekanntlich die natürliche Ventilation, die neben einer künstlichen Ventilation nicht ausgeschaltet werden kann, außer der Lufterneuerung eine Entwärmung der Schulzimmer. Dabei kommen zu den gegebenen Spalten und Lücken die freiere Lage des Schulhauses, die Windrichtung, die Windstärke und andere Dinge in Betracht. Es ist so leicht ersichtlich, daß es sich nur unter ganz besonders günstigen Verhältnissen ermöglichen läßt, eine durchaus gleichmäßige Temperatur in einem Schulsaale zu erhalten. Es lassen sich selbst bei Zentralheizung in dem modernsten Schulhause an verschiedenen Stellen der Säle größere und kleinere Unterschiede feststellen; es treten auch hier Unterschiede bis zu 2 und 3 Grad Celsius zutage. Umso erklärlicher ist es dann, wenn bei Einzelheizung, wie sie durch Ofenheizung gegeben ist, die Temperaturunterschiede an verschiedenen Stellen des Schulzimmers noch viel beträchtlicher ausfallen.

Die Temperaturunterschiede, die ich bei den vergleichbaren Ergebnissen feststellte, bewegten sich zwischen 0 ° bis zu 5 ° in 193 Fällen, zwischen 6 bis 10 ° in 131 Fällen, zwischen 11 bis 14 ° in 35 Fällen, zwischen 16 bis 18 ° in 6 Fällen und glücklicherweise zeigten nur ganz vereinzelte Fälle die kaum glaublichen Unterschiede von 25 und von 27 Grad Celsius.

Ein Temperaturunterschied von 5 Grad muß bei Einzelheizung als durchaus statthaft und zufriedenstellend bezeichnet werden. Demnach wäre die Zahl von 193 Beobachtungen, bei denen nur eine Differenz bis zu 5 Grad verzeichnet ist, ganz erfreulich. Die Freude bedarf jedoch einer gewissen Einschränkung, weil bei dieser Differenz bis zu 5 Grad nur die absoluten Temperaturangaben in Betracht gezogen wurden. Es ist nämlich dabei keine Rücksicht genommen darauf, ob das angängige Mindestmaß von Wärme erreicht worden ist. Welchen

Wert hat z. B. eine Differenz von 3 Grad, wenn die höchste Temperatur nur 5 Grad, die niedrigste 2 Grad Celsius nachweist?

Wir müssen folgerichtig alle Fälle als ungenügend ausscheiden, bei denen das Temperatur-Minimum von 17 Grad Celsius nicht erreicht ist. Nach dieser Auslese bekommen wir bei einer Differenz bis zu 5° nur 104 Beobachtungen, bei einer Differenz von 6 bis 10° 111 Beobachtungen. Bei den Differenzen von 11 bis 27 Grad haben alle hierher gehörigen Fälle mit Ausnahme von zweien das Temperatur-Minimum erreicht; es sind dabei auch alle die unerfreulich hohen Differenzen vertreten.

Das nach der nötigen Ausscheidung gewonnene Ergebnis, dass unter den 368 vergleichbaren Beobachtungen 104 mal nach Erreichung der Mindesttemperatur die Differenz zwischen 0 bis 5 Grad lag, darf nicht als hervorragend günstig bezeichnet werden, weil nicht einmal ein Drittel der Untersuchungen zufriedenstellende Verhältnisse aufdeckte.

In manchen Schulen werden bei erheblichen Temperaturunterschieden die Kinder versetzt, so dass eine Zeitlang die Hälfte der Kinder auf der kälteren, eine Zeitlang auf der wärmeren Abteilung sitzen. Höhere Temperaturunterschiede sind jedoch immer beklagenswert, weil dabei mitunter ein fühlbarer Zug und eine einseitige Abkühlung auftreten.

Das Heizmaterial kommt bei der Beurteilung des Wertes einer Heizvorrichtung nur nebenbei in Betracht. Meine Beobachtungen belehrten mich, daß sowohl mit Holz, als mit Kohlen bei richtiger Konstruktion und Größe der Oefen sowie bei richtiger Bedienung eine genügend gleichmäßige Wärme erhalten werden kann. Nach meinen Erfahrungen wird überwiegend ausschließlich mit Kohlen geheizt, in einzelnen Fällen mit Kohlen und Holz und nur in den Schulen einer einzigen Ortschaft ausschließlich mit Holz. Wie die beiden Schulen Sm und Sl beweisen, kann man mit dem prächtigen Buchen-Scheitholz trotz uralter Oefen recht gute Erfolge erzielen. Die Luft in diesen nur mit Holzheizung versehenen Schulen schien regelmäßig besser zu sein als in Schulen mit Kohlenfeuer. Recht störend für den Unterricht ist allerdings die Bedienung dieser Oefen; sie beansprucht große Aufmerksamkeit seitens des Lehrers und bewirkt unnötige Ablenkung seitens der Schüler. Den gleichen Mißstand des ständig nötigen Nachschürens bedingen auch jene Kohlenöfen, die nicht als Dauerbrand- oder Regulieröfen eingerichtet sind.

Die Lage des Schulhauses kann für die Wirkung der Beheizung nicht gleichgiltig sein. Es ist einleuchtend, daß ein freistehendes Schulgebäude größere Anforderungen an die Heizung stellt als ein Schulhaus, das durch Nachbargrundstücke eingeengt ist. Für diese erklärliche Tatsache soll nur darauf hingewiesen werden, daß z. B. die ringsum stark eingebauten Schulen Hi, Jm und Jn recht behagliche Tempera-

turen bei durchaus zulässigen Temperaturdifferenzen erzielten. Im Gegensatz zu diesen finden wir in den Schulen Ha und He, bei denen das Schulhaus frei auf einer Anhöhe dem Winde preisgegeben ist, starke Differenzen; infolgedessen zeigte sich hier ein Temperaturunterschied von 25 Grad, obgleich die Außenlufttemperatur 0 Grad betrug. Der starke Winddruck prägt sich in den Zahlen deutlich aus.

Eine gewisse Bedeutung bei der Beheizung von Schulen kommt der Art des Baues zu. Die alten Schulhäuser mit den noch keineswegs modernen Schulsälen scheinen sich im allgemeinen besser zu heizen, als die neuen mit den schönen luftigen Ausmessungen und den zahlreichen hohen Fenstern. In einigen neuen, modernen Schulen waren die Zimmertemperaturen besonders bei kalten Wintertagen (— 10 Grad bis — 14 Grad) recht bedenklich niedrig. Das lag natürlich nicht an den modernen Schulbauten an sich, sondern ganz ausschließlich an den für solche Räume ungenügenden Oefen. Als Beweis hierfür mag auf die Beobachtungen in den Schulen Lo und Lu hingewiesen werden. Hier war in der großen wie auch in der kleinen Schule ein Orion IV-Ofen aufgestellt worden. Während bei einer Außentemperatur von — 14° C. das kleine Schulzimmer als Höchsttemperatur noch + 10° C. aufwies, konnte in dem darüber befindlichen großen, mehr dem Winde ausgesetzten Schulzimmer die Temperatur nur auf + 5° C. gebracht werden. Auf die Beschwerde des Lehrers hin wurde ein anderer Ofen gesetzt, mit dem eine tadellose Beheizung erzielt worden sein soll. Aus diesem Beispiel geht hervor, daß nicht jeder, angeblich für eine bestimmte Anzahl von Kubikmetern berechnete Ofen auch für jedes Schulzimmer von dieser Größe sich eignet, sondern daß auch auf diesem Gebiete Erfahrungen und Beobachtungen fast für jeden einzelnen Fall gesammelt werden müssen.

Eine gute und besonders eine recht gleichmäßige Durchwärmung kann durch zwei kleinere, gleichzeitig geheizte, aber an verschiedenen Stellen des Schulzimmers aufgestellte Oefen erzielt werden, wie die Schulen Be, Rn und Ro zeigen. Größere Schulsäle lassen sich dadurch recht behaglich heizen, wobei vor allem wohltuend erscheint, daß durch die kleineren und nicht übermäßig geheizten Oefen eine Belästigung der dem Ofen zunächst sitzenden Kinder durch strahlende Wärme hintangehalten wird, was bei einem einzigen Ofen keineswegs immer möglich ist. Selbst bei den sonst recht brauchbaren Hennschen Mantelöfen strahlt durch die Schüröffnung, die durch den Mantel nicht abgeblendet werden kann, bei ungünstiger Stellung des Ofens eine recht erheblich belästigende Wärmemenge dem in der Nähe sitzenden Kinde entgegen.

Eine zentrale Heizanlage ist auch in Landschulen bereits öfters eingerichtet worden. Bei größeren Schulhäusern mit 4 bis 6 Lehrsälen lassen sich durch eine Niederdruckdampfheizung die erwünschten Temperaturgrade erzielen, während bei kleineren Schulen mit einem bis 3 Schulräumen eine

Warmwasserheizung manchmal vorteilhafter ist. Die Mehrkosten, die durch den größeren Verbrauch von Kohlen bedingt sind, werden reichlichst aufgewogen durch den Wegfall des Staubes des Brennmaterials, durch die gleichmäßigere Temperatur und durch den völligen Wegfall von strahlender Wärme, die bei Einzelheizung oft ungemein störend und schädlich ist.

Zum Schlusse kann ich meine Ergebnisse dahin zusammenfassen, daß die so sehr anregende und befriedigende Tätigkeit eines Bezirksarztes auch bei der Beobachtung der Temperaturen in Schulen durch Rat und Tat eine segensreiche wird. Das Recht und die Pflicht zu solchen Beobachtungen ist jetzt jedem bayerischen Bezirksarzt gegeben im zweiten Absatz des § 27 seiner Dienstanweisung vom 23. Januar 1912.

Aus dem gerichtsärztlichen Universitätsinstitut in Krakau (Direktor: Prof. Dr. Leo Wachholz).

Ein Fall von Selbstvergiftung durch Ammoniak.

Von Dr. **J. Olbrycht.**

Sehr charakteristisches Bild, sowie der Umstand, daß die Vergiftungen durch Ammoniak zu seltenen Vorkommnissen gehören (nach Kobert sind in der Weltliteratur nur 48 Fälle beschrieben; im hiesigen Institute ist es der zweite Fall — der erste ist von Prof. Dr. Wachholz in Schmidtmanns Handbuch der gerichtlichen Medizin Bd. I, S. 854 beschrieben) rechtfertigen die Veröffentlichung des Falles.

Am 11. September 1911 habe ich im hiesigen Institute die Sektion der Leiche der am vorigen Tage früh am Hauptfriedhofe am Grabe ihres Geliebten tot gefundenen, 28 Jahre alten Frauensperson J. H. ausgeführt. Neben der Leiche wurde eine 100 g enthaltende Flasche ohne Etiquette und Inhalt und in der Tasche der Denata einige weißliche Pulver ohne charakteristischem Geruch gefunden. Die Sektion ergab:

Aeußerlich: Eine wohlgenährte, gut gebaute, 154 cm lange Weibesleiche. Die Hautdecken und die sichtbaren Schleimhäute blaß. Auf den abhängigen Teilen des Körpers spärliche, livide Totenflecke; Totenstarre überall entwickelt. Hymen semilunaris defloratus mit alter, tiefer, bis zur Basis gehender Einkerbung; sonst am Körper äußerlich nichts Auffallendes, insbesondere keine Verletzungsspuren.

Innerlich: Weiche Schädeldecken, Schädeldach und Schädelbasis unverletzt, blaß. Das Schädeldach ist symmetrisch, seine Dicke beträgt 3,5—5 mm. Die harte Hirnhaut ist nicht mit dem Schädel verwachsen und ähnlich wie die weichen Hirnhäute zart, nirgends verdickt, glänzend, in hinteren Partien mit hypostatischer Hyperämie. Das Gehirn windungsreich von der gewöhnlichen Konsistenz, die Blutpunkte zahlreich, der Flüchtigkeitsgehalt ist ein mittlerer. Die Seitenkammern sind leer, das Ependym ist zart in sämtlichen Kammern. Durchschnitte durch Hirnrinde, Großhirnganglien, Kleinhirn und verlängertes Mark ergeben keine makroskopischen Veränderungen und Verletzungen. Basalgefäße des Gehirns dünn, kollabiert. In den Blutleitern der Schädelbasis reichliches, dunkles, flüssiges Blut.

Der Kehlkopf und die Luftröhre „in situ“ geöffnet leer; ihre Schleimhaut hellrot injiziert, geschwollen, mit reichlichem, glasigem Schleim bedeckt. Thymus teilweise erhalten; lymphatische Halsdrüsen vergrößert, an der Schnittfläche rötlich, saftig.

Zwerchfellstand rechts 4. Rippe, links 4. Interkostalraum. Pleurablätter glatt, dünn, spiegelnd, mit spärlichen subpleutalen Ecchymosen, ohne freie Flüssigkeit. Lungenparenchym überall lufthaltig, an der Schnittfläche glatt, blutreich, derb; beim Druck quillt reichliche, feinblasige, klare Flüssigkeit mit Blut vermischt. Die Schleimhaut der Bronchien injiziert, geschwollen, hie und da mit Ecchymosen bedeckt, Lungengefäße normal. Die Lymphdrüsen der Brusthöhle sind mäßig pigmentiert.

Der Herzbeutel ohne Veränderungen. Herz von normaler Größe und Bau, postmortal kontrahiert, leer. Subepikardiales Fettgewebe gering entwickelt. Die sämtlichen Herzklappen schlußfähig; das Endokard zart, glatt, spiegelnd. Foramen ovale geschlossen. Herzmuskel von normaler Dicke, Farbe und Konsistenz. Aorta und Pulmonalis enthalten sehr spärliche dunkelrote Blutgerinnsel, ihre Intima glatt, zart. Die Kranzgefäße wegsam, elastisch, ohne Veränderungen.

In der Bauchhöhle findet sich keine freie Flüssigkeit. Bauchfell überall glatt, blaß, dünn, glänzend. Netz mäßig fettreich. Die Baucheingeweide normal gelagert. Milz groß, 19 cm lang, 12 cm breit, 4 cm dick mit gespannter Kapsel, an der Schnittfläche livid verfärbt, blutreich, aber derb, mit scharf hervortretenden Trabekeln; Follikeln nicht sichtbar.

Leber von normaler Größe und Konsistenz, an der Schnittfläche spärliche, meistens an der Oberfläche gelegene gelblich gefärbte Herde, sonst Leberparenchym rotbraun, blutreich, durchfeuchtet, normal gezeichnet. Die Gallenblase enthält eine geringe Menge flüssiger Galle; Gallenwege wegsam. Beide Nieren ziemlich groß, derb, blutreich; ihre Kapseln leicht abziehbar und dünn, Oberfläche glatt, an der Schnittfläche das Parenchym normal gezeichnet, ohne Veränderungen. Beide Harnleiter durchgängig; Harnblase kontrahiert, leer, die Schleimhaut ist blaß. Gebärmutter von der Größe einer großen Pomeranze; sie enthält im Cavum einen 3monatigen Embryo. Ostium uteri externum oval, ohne Einkerbungen. Im linken Eierstock corpus luteum verum, sonst Adnexa ohne Veränderungen.

Die Lippen blaßbläulich; Mundhöhle und Pharynx enthalten etwas schaumige Flüssigkeit, ihre Schleimhaut gerötet, geschwollen. Beide plicae ary-epiglotticae und chordae vocales besonders stark geschwollen, injiziert, mit zahlreichen kleinen Ecchymosen durchsetzt. Speiseröhre länglich stark gefaltet, sonst normal.

Die Außenfläche des mittelgroßen Magens ist blaß; dem eröffneten Magen entströmt ein starker Ammoniakgeruch, den auch der Mageninhalt besitzt. Dieser besteht aus ungefähr 300 g dickflüssiger, von gräulicher Farbe und stark alkalischer Reaktions-Flüssigkeit. Die Schleimhaut des Magens ist in zahlreiche Falten gelegt, gelblich-bräunlich verfärbt; außerdem zeigt sie an der vorderen, sowie an der hinteren Fläche des Magens bei der kleinen Kurvatur je eine handtellergroße, scharlachrote Verfärbung; sonst überall stark gelockert, geschwollen, mit reichlichem glasigblutigen Schleim bedeckt, hie und da mit spärlichen Ecchymosen. Erosionen fehlen. Submucosa des Magens, sowie die Gefäße des Netzes und des Gekröses führen viel Blut, das flüssig und dunkelrot ist. Dieselben Veränderungen wie der Magen zeigen Zwölffingerdarm und Anfangsteil (20 cm) des Leerdarmes. Die Rötung und Schwellung verringern sich nach unten zu allmählig so, daß der Rest des Dünndarms, sowie der Dickdarm keine Abweichungen von der Norm zeigen. Superrenaldrüsen, Bauchspeicheldrüse und Schilddrüse ohne makroskopischen Veränderungen. Knochengerüst unverletzt.

Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes, im Laboratorium von Prof. Marchlewski durchgeführt, hat sonst kein anorganisches Gift, insbesondere Cyankalium nachgewiesen; die bei Denata gefundenen Pulver erwiesen sich als Reispuder.

Das Gutachten lautete im vorliegenden Falle: J. H. befand sich im dritten Monate der Schwangerschaft und starb infolge einer akuten Ammoniakvergiftung; es widerspricht nicht der Annahme, daß Selbstmord in diesem Falle vorliegt.

Ein seltener Leichenbefund.

Mitteilung von Med.-Rat Dr. **Bleich**, Kreisarzt in Hoyerswerda.

Am 1. August d. J. war ich von dem zuständigen Amtsgericht im benachbarten Kreise zu einer Leichenöffnung nach dem Dorfe D. geladen und wurde daselbst in einer Scheune an einer schrägstehenden Leiter etwa in Manneshöhe die nur mit blutig durchtränktem Hemd und Unterhosen bekleidete Leiche eines 168 cm großen Mannes mit gebeugten Knieen hängend vorgefunden.

Der Kopf der Leiche war stark nach rückwärts gebogen und um ihren Hals eine starkgliedrige eiserne Kette, wie sie zum Festhalten von größeren Tieren gebraucht wird, zweimal fest geschlungen. Nach Abnahme der Kette fanden sich, da, wo die Kette gelegen hatte, tiefe Eindrücke, die um die hintere und seitliche Gegend des Halses liefen und den Kehlkopf frei ließen. Nach Entkleidung der Leiche fand sich weiter, daß die Geschlechtsteile der Leiche vollständig fehlten und an ihrer Stelle eine handtellergroße 2 cm tiefe Zusammenhangstrennung der Haut und der darunter liegenden Gebilde mit zerfetztem Grunde und zerfetzten Rändern, die nicht blutig durchtränkt waren, vorlag.

Zunächst konnte dafür, auf welche Weise die Geschlechtsteile entfernt waren, keine Erklärung gefunden werden, und erst durch die Zeugenaussage eines Mannes, der an dem Tage frühmorgens in die Scheune gekommen und gesehen hatte, wie der eigene Hund des Toten an der Leiche heraufgesprungen — gewiß eine seltene Anhänglichkeit eines Hundes an seinen Herrn — und mit blutigem Maule davongelaufen war, kam Licht in die Sache und konnte auch der Annahme, daß die Geschlechtsteile an der Leiche durch Hundebisse entfernt waren, zumal da an den Wundrändern die Zeichen einer intravitalen Verletzung fehlten, ärztlicher seits nicht widersprochen werden.

Von einer Leichenöffnung wurde Abstand genommen.

Das Gutachten lautete:

1. Der Tod des Mannes ist in Folge Erhängens erfolgt.

2. Spuren sonstiger äußerer Verletzungen oder Eingriffe, die auf eine andere Todesart hinweisen, konnten nicht festgestellt werden.

3. Der sich auf Zeugenaussagen stützenden Annahme, daß die Geschlechtsteile an der Leiche von einem Hunde abgefressen worden sind, widerspricht nicht der Befund.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die XI. Landesversammlung des bayerischen Medizinalbeamtenvereins am 11. und 12. Juli 1914 in Neustadt a. H. (Rheinpfalz).

Die Veröffentlichung des Berichts über die kurz vor Kriegsbeginn am 11. und 12. Juli 1914 in Neustadt a. H. abgehaltenen XI. Landesversammlung des bayerischen Medizinalbeamtenvereins hat sich infolge der Kriegsereignisse erst jetzt ermöglichen lassen. In Rücksicht auf die durch die Verhältnisse

gebotene Selbstbeschränkung sehen wir davon ab, wie sonst einen ausführlichen Versammlungsbericht dem Druck zu übergeben; wir können dies umsomehr, als die auf der Tagung gehaltenen Vorträge in Nr. 21, 22 und 23 der Zeitschrift für Medizinalbeamte veröffentlicht sind.

Die Versammlung war von über 70 Teilnehmern aus ganz Bayern besucht. Als Vertreter des Ministeriums wohnten der Tagung die Ministerialräte Prof. Dr. Dieudonné und Dr. Huber bei. Von den Kreisregierungen waren Oberfranken, Unterfranken und Schwaben durch ihre Medizinalreferenten vertreten, die pfälzische Kreisregierung hatte Obermedizinalrat Dr. Demuth und des Landeskommissär für Typhusbekämpfung in der Pfalz, Regierungsrat Graf von Soden als Vertreter abgeordnet. Weiterhin waren als Vertreter der örtlichen Behörden Bezirksamtmann Reg.-Rat Junker und Bürgermeister Wundt, ferner für den deutschen Medizinalbeamtenverein Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Hauser von Darmstadt, für den preußischen Verein Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Saarbrücken, Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Westen, für die pfälzische Aerztekammer Hofrat Dr. Neumayer-Kaiserslautern, für den pfälzischen Aerzteverein Dr. Stritter in Kaiserslautern sowie für die vier pfälzischen ärztlichen Bezirksvereine deren Vorsitzende anwesend; die k bakteriologische Untersuchungsstation Landau war durch ihren Vorstand, Stabsarzt Dr. Otto Mayer, vertreten.

Am Sonnabend, den 11. Juli, nachmittags fand eine **Sitzung des Vereinsvorstandes** statt, auf der sämtliche Kreisverbände vertreten waren. Es kamen auf ihr Standesfragen und innere Vereinsangelegenheiten zur eingehenden Besprechung.

Zunächst wurde der bisherige Landesvorsitzende, Reg.- und Med.-Rat Dr. Frickhinger-Würzburg, ersucht, trotz seiner Ernennung zum Medizinalreferenten der unterfränkischen Kreisregierung den Vorsitz beizubehalten.

Von dem oberfränkischen Kreisvorsitzenden, Med.-Rat Dr. Heißler, wurde sodann ein Antrag des Bezirksarztes Dr. Schneller-Bamberg vorgetragen, wonach das Ministerium ersucht werden soll, an Stelle oder neben den bisher üblichen allgemeinen Fortbildungskursen für die Medizinalbeamten Kurse aus dem Gebiete der sozialen Medizin von etwa 8tägiger Dauer abzuhalten. Der Antrag fand allgemeine Zustimmung.

Die an demselben Tage abends 9 Uhr im Gasthaus zum Löwen angesetzte **Mitgliederversammlung** nahm den Bericht des Vorsitzenden über die Tätigkeit des Vereins und den Rechenschaftsbericht des Schrift- und Kassenführers entgegen. Danach hatte der Verein am 1. Juli 1914 383 Mitglieder gegenüber 381 des Vorjahres. Durch den Tod hat er folgende Vereinsmitglieder verloren:

Med.-Rat Dr. Friedrich Böhm, Bezirksarzt der Stadt Augsburg,
Hofrat Dr. Lacher in Berchtesgaden,
Dr. Wilhelm Mayer, prakt. Arzt in München,
Bezirksarzt Dr. Rittmayer in Mainberg,
Med.-Rat Dr. Schalkhauser, Landgerichtsarzt in Augsburg und
Reg.- u. Med.-Rat Dr. Christian Utz in Augsburg.

Zum ehrenden Andenken der Verstorbenen erhoben sich die Anwesenden von ihren Sitzen.

Die von dem Schrift- und Kassenführer vorgelegte Rechnung schloß am 31. Dezember 1913 mit einem Bestand von 147,67 Mark. Auf Antrag der mit der Rechnungsprüfung betrauten Bezirksärzte Dr. Becker und Dr. Dreyfuß wurde dem Schrift- und Kassenführer, Polizeiarzt Dr. Schuster, Entlastung erteilt.

Da die auf der Mitgliederversammlung in Nürnberg am 21. Juni 1913 abgeänderten Satzungen nicht vollkommen den gesetzlichen Vorschriften zur Anmeldung des Vereins beim Registergericht entsprechen, wurden vom Vorstand verschiedene Aenderungen vorgeschlagen und von der Versammlung einstimmig angenommen.

Am Sonntag, den 12. Juli begann — gleichfalls im Gasthaus zum Löwen — vormittags 9½ Uhr die **Hauptversammlung.** Nach einleitenden Begrüßungsworten des Vorsitzenden, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Frickhinger, übermittelte Ministerialrat Prof. Dr. Dieudonné den Gruß des Staatsministers Dr. Freiherrn von Soden-Fraunhofen. Er sprach gleichzeitig den

Amtsärzten und den prakt. Aerzten der Pfalz, die in so vorbildlicher und tatkräftiger Weise sich um die Typhusbekämpfung verdient gemacht haben, die wohlverdiente Anerkennung aus.

Nach weiteren Begrüßungsansprachen ergriff der langjährige verdiente Medizinalreferent der pfälzischen Kreisregierung, Ober-Med.-Rat Dr. **Demuth** das Wort zu seinem angekündigten Vortrag: **„Hygienische Streiflichter aus der Rheinpfalz“**, um in lichtvollen Ausführungen die hygienischen Fürsorgeeinrichtungen der Pfalz zu schildern (s. Nr. 21 dieser Zeitschrift, S. 625—646).

Zum zweiten Punkt der Tagesordnung erstattete Stabsarzt Dr. **Otto Mayer** Bericht über die **Bedeutung der bakteriologischen Untersuchungsstation Landau für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Regierungsbezirk der Pfalz,** durch dessen Tätigkeit bekanntlich der in der Pfalz endemische Typhus in zielbewußter Weise bekämpft und zurückgedrängt ist (s. Nr. 22 dieser Zeitschrift, S. 657—678). In der an den Vortrag sich anschließenden Aussprache ergriffen der Reichskommissär für die Typhusbekämpfung Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Saarbrücken und Reg.- und Med.-Rat Dr. Frickhinger das Wort.

Den dritten Vortrag hielt Reg.- u. Med.-Rat Dr. Schwink aus Bayreuth über die **Temperatur von Schulzimmern im Winter.** Er berichtete über eine Reihe ausführlicher eigener Beobachtungen und wußte durch Darbietung von Tabellen seinen Vortrag äußerst lehrreich zu gestalten (s. die heutige Nummer der Zeitschrift, S. 693—704). Nachdem der Vorsitzende unter der lebhaften Zustimmung der Versammlung den Vortragenden für ihre lehrreichen Ausführungen gedankt hatte, schloß er kurz nach 1 Uhr die Verhandlungen.

Ein gemeinsames Mittagessen vereinigte hierauf die Teilnehmer der Versammlung.

Der Nachmittag wurde zu einem Ausflug nach Bad Dürkheim und zur Besichtigung der dortigen Kureinrichtungen benützt. Bad Dürkheim ist ein idyllisch gelegener aufstrebender Kurort, der durch seine arsenhaltige Quellen sicher eine Zukunft hat.

An die Besichtigung des Bades schloß sich in echt pfälzischer Weise eine Weinprobe pfälzischer Edelgewächse an.

Ein Teil der Kollegen machte tags darauf noch einen Ausflug in das Herz des Pfälzerwaldes, der größere Teil der rechtsrheinischen Kollegen fuhr über Stuttgart zur Besichtigung der dortigen Hygieneausstellung zurück — allen aber wird die vom pfälzischen Lokalkomitee trefflich vorbereitete Tagung in der schönen Pfalz unvergeßlich bleiben.

Dr. Schuster-Augsburg.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Für die Schätzung der Einbuße an Erwerbsfähigkeit ist der allgemeine Arbeitsmarkt, soweit er für den Unfallverletzten in Betracht kommt, maßgebend und nicht die etwaige Behinderung auf einem einzelnen Wirtschaftsgebiete. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Mai 1916.

Nach dieser Entscheidung ist die Rente eines Bergarbeiters, dessen Erwerbsfähigkeit bei bergmännischen und im allgemeinen auch bei anderen Arbeiten nicht mehr beeinträchtigt war, aufgehoben worden, obwohl die Folgen der Verletzung ihm bei der von ihm ausgeübten Schustern hinderlich waren.

In Unfallstation angestellte Heilgehilfen unterliegen der Angestelltenversicherung. Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 19. Mai 1916.

Mag auch für die spätere Wartung und Pflege des Verletzten in erster Linie der Arzt verantwortlich sein, so hat doch der auf der Unfallstation des Hüttenwerkes angestellte staatlich geprüfte Heilgehilfe J. gerade bei der

ersten, besonders wichtigen Behandlung der im Betriebe Verunglückten die nächsten Maßnahmen zu treffen, die oft für das Leben und die Gesundheit der in die Unfallstation Eingelieferten von der höchsten Bedeutung sind. Er hat zunächst allein und unter ausschließlicher Verantwortlichkeit selbständig Notverbände anzulegen und erforderlichenfalls Wiederbelebungsversuche vorzunehmen. Von seiner Geschicklichkeit, Umsicht und Tatkraft wird also nicht selten das Leben der Verunglückten abhängen. Er bekleidet somit eine Stellung, die etwa der des Arztes auf einer Unfallstation verwandt ist, und das hohe Maß von Verantwortung kann und darf ihm auch nur mit Rücksicht auf seine Vorbildung auf dem Gebiete der Heilkunde zugestanden werden. Er hat sich nämlich nicht nur in Krankenhäusern praktische Erfahrung in ärztlichen Dingen erworben, sondern mußte auch seine Befähigung als Heilgehilfe durch eine staatliche Prüfung erweisen.

Hinzu kommt, daß seine Tätigkeit sich nicht mit der ersten Hilfeleistung erschöpft. Er hat vielmehr ferner selbständig zu befinden, ob ein Verletzter nur einem Aerzte oder alsbald einem Krankenhause zu überweisen ist. Endlich hat er in leichteren Fällen sogar die Weiterbehandlung der Verletzten selbst zu bewirken. Mag er dabei auch unter der Oberaufsicht des Arztes stehen, so muß er doch naturgemäß auch bei diesen Verrichtungen ein nicht geringes Maß von eigener Verantwortlichkeit tragen und nicht unerhebliche fachtechnische und medizinische Kenntnisse und Erfahrungen besitzen, ohne die er nicht mit Erfolg sich als ein sachverständiger Gehilfe des Arztes erweisen könnte. Hiernach handelt es sich keineswegs, wie das Schiedsgericht meint, um einen gewöhnlichen, unter fortlaufender ärztlicher Kontrolle stehenden Heilgehilfen.
(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Pflegerinnen in Kinderheilstätten unterstehen nicht der Angestelltenversicherungspflicht. Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 18. März 1916.

Die Kinderpflegerinnen haben Arbeiten zu verrichten, wie sie auch von Kindermädchen verlangt und geleistet werden. Um Dienste höherer Art handelt es sich dabei nicht. Wenn die Verwaltung der Heilstätte mit Vorliebe Mädchen aus besseren Familien verwendet, so erklärt sich dies einmal daraus, daß sie bei diesen infolge ihres höheren Bildungsgrades ein besonderes Verständnis für die Pflege erholungsbedürftiger Kinder voraussetzen kann, nicht zum wenigsten aber daraus, daß diese Mädchen den Aufenthalt an der See als ein Mittel für ihre eigene Kräftigung betrachten und deshalb nur geringe Gehaltsansprüche stellen. Wenn daneben von den Kinderpflegerinnen aus besseren Familien zugleich eine gewisse erziehliche Einwirkung auf die Kinder erwartet wird, die vielleicht einfache Kindermädchen nicht in diesem Maße zu üben vermögen, so kann doch dieser Umstand nicht als der Hauptzweck der Tätigkeit der Kinderpflegerinnen werden. Es handelt sich hier nicht um eine Erziehungsanstalt, sondern um eine Heilstätte, deren vornehmster Zweck auf die körperliche Kräftigung der ihr überwiesenen Kinder gerichtet ist. Die Kinderpflegerinnen sind daher nur Gehilfinnen der Anstaltsverwaltung und fallen mithin nicht unter die Angestellten-, sondern unter die Reichsversicherung für Arbeiter, Dienstboten etc.
(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet).

Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung von ärztlicher Behandlung an Trunksüchtige oder zur Tragung der Kosten in einer Trinkerheilstätte. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1915.

Trunksucht erheblichen Grades (chronischer Alkoholismus) ist eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes und der Reichsversicherungsordnung. Sie ist eine pathologische Erscheinung, mit der krankhafte Veränderung innerer Organe (Herz, Leber, Nieren, Magen) und eine Schwächung des Nervensystems und des geistigen Zustandes (Willensschwäche) verbunden ist. Deshalb hat der Schwer-Trunksüchtige Anspruch auf Kassenbehandlung und, da diese häufig in Trinkerheilstätten Erfolg verspricht, auch auf Aufnahme in eine solche; die dadurch entstehenden Anstaltskosten hat die Kasse zu

ersetzen. Die Voraussetzung der Kassenbehandlung, Erwerbsunfähigkeit, ist bei derartigen Kranken fast ausnahmslos anzunehmen. Die Arbeitsunfähigkeit besteht auch während des Aufenthalts in der Trinkerheilstätte fort, da der Kranke während dieser Zeit seinem Beruf nicht nachgehen kann. Die Trinkerheilstätte ist einem Krankenhause gleich zu achten, wenn auch die Natur der Krankheit, wie häufig bei den Insassen einer Lungenheilstätte, es mit sich bringt, daß keine Bettlägerigkeit eintritt, sondern daß die Kranken innerhalb der Anstalt Bewegungsfreiheit haben, weil eine geeignete Beschäftigung zum Heilverfahren gehört.
(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Falls eine Krankenkasse durch die Satzungen auch bei Zahnkrankheiten Behandlung der Kassenmitglieder durch den Kassenarzt bestimmt hat, ist sie, abgesehen von dringenden Fällen, nicht zur Tragung der Kosten für die Behandlung durch einen Zahnarzt verpflichtet. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 31. Jan. 1916.

Die Kasse hat die Wahl, ob sie bei Zahnkrankheiten die ärztliche Behandlung durch approbierte Aerzte oder durch Zahnärzte gewähren will; sie genügt also ihrer gesetzlichen Verpflichtung, wenn sie die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder bei Zahnkrankheiten entweder durch approbierte Aerzte oder durch approbierte Zahnärzte vornehmen läßt. . . . . Hieraus folgt, daß, wenn die Kasse die Behandlung durch approbierte Aerzte gewählt hat, die Kassenmitglieder bei Zahnkrankheiten, von dringenden Fällen abgesehen, zunächst den Kassenarzt aufsuchen müssen; denn auch für Zahnkrankheiten muß an dem Grundsatz festgehalten werden, daß die Zuziehung eines anderen Arztes als des Kassenarztes für Rechnung der Krankenkasse nur dann gerechtfertigt erscheint, wenn der zunächst in Anspruch genommene Kassenarzt es für notwendig erachtet, oder wenn er die Behandlung nicht übernehmen oder fortsetzen will, oder wenn seine Befähigung für die erforderliche ärztliche Behandlung mit Grund angezweifelt wird. Danach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Kläger, zumal er das Vorliegen eines dringenden Falles nicht behauptet hat, sich zunächst an den Kassenarzt zu wenden hatte. Da er dieses nicht getan hat, so konnte der Vorstand der beklagten Kasse die Erstattung des beanspruchten Betrags ablehnen.
(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung gestattet.)

Satzungsbestimmungen, die allgemein die Gewährung von Zahnplomben von der Zustimmung des Vorstandes abhängig macht, sind unzulässig. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Oktober 1915.

Diese Entscheidung stimmt im wesentlichen mit der in Nr. 7 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1916, S. 206 mitgeteilten Entscheidung überein. Nur der Schlußsatz hat folgende etwas abgeänderte und erweiterte Fassung: „Unbedenklich würde dagegen eine Satzungsbestimmung sein, die nur die Gewährung solcher Plomben, die lediglich zur Behebung von Schönheitsfehlern dienen, von der vorherigen Zustimmung des Vorstandes abhängig macht. Zweifelhaft kann allerdings sein, ob eine solche Bestimmung allein den praktischen Bedürfnissen der Kasse genügend Rechnung tragen würde, oder ob nicht außerdem eine Einwirkung auf die mit der Kasse im Vertragsverhältnisse stehenden Aerzte, auch ihrerseits eine solche Bestimmung zu beachten, erforderlich sein würde."

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Fleckfieber.

Ueber den Flecktyphus als Kriegsseuche. Mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe. Von Dr. Fr. Wolter in Hamburg. Zusammenstellung von drei Aufsätzen aus der Berliner klinischen Wochenschrift (1915, Nr. 31, 32, 40). Hamburg 1916, Gebr. Lüdeking.

Wolter verficht bekanntlich mit großer Energie den lokalistischen Standpunkt v. Pettenkofers, indem er wiederholt beim Vorkommen von Cholera- und Typhusepidemien den Nachweis zu führen suchte, daß es örtliche

und zeitliche Bedingungen besonderer Art seien, die zu solchen Epidemien führen. In dem vorliegenden Aufsatz beschäftigt er sich mit dem Fleckfieber, einer ausgesprochenen Kriegsseuche, die als „neue Krankheit" im 16. Jahrhundert die vorherrschende Seuche, die Pest, abgelöst habe. Auch das Fleckfieber ist nach Wolter, wenn es epidemisch auftritt, an bestimmte Bodenbedingungen und klimatische Einflüsse gebunden. Es wird diese seine Ansicht besonders an der Cottbuser Epidemie im Winter 1914 dargetan. Koch selbst, der Gegner der Pettenkoferschen Theorie, hat nach der Ansicht des Verfassers über den Flecktyphus sich in einer Weise geäußert, die mehr für die Bodentheorie spricht, als die jetzt ziemlich allgemein verbreitete Ansicht von der Uebertragung der Krankheit durch Läuse. Letztere läßt Wolter durchaus nicht gelten, er erblickt vielmehr in der Bodenverbesserung, gute Ventilation, Ortswechsel der Erkrankten die besten prophylaktischen Maßnahmen.

Das letzte Wort scheint noch nicht über das Fleckfieber gesprochen zu sein: manches ist sicher noch rätselhaft in der Epidemiologie der Seuche; dies geht wohl auch aus der Epidemie in Cottbus nach der Beschreibung von Jürgens hervor. Darum soll auch die andere Partei gehört werden, wenn es sich auch um eine ziemlich vereinzelte Stimme gegenüber der vorherrschenden Meinung handelt. Dr. Solbrig-Königsberg.

Praktische Bemerkungen zur Aetiologie des Fleckfiebers. Von Dr. E. Fuld-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 43.

Verfasser wendet sich gegen die kritischen Bemerkungen Friedbergers, das die ätiologische Einheit beim Fleckfieber nicht anerkennt und die Protozoennatur des Erregers noch nicht für bewiesen, deshalb auch die ausschließliche oder hauptsächlichste Uebertragung der Krankheit durch Läuse nicht für sicher hält. Er steht auf den Standpunkt, den wir Medizinalbeamten jedenfalls alle für den richtigen halten, daß man praktisch daran festhalten solle, das Fleckfieber als eine spezifische, hochgradig infektiöse Krankheit aufzufassen und prophylaktisch an den bewährten Vorbeugungsmaßnahmen der Entlausung und Isolierung nicht zu rütteln.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber Fleckfieber und Entlausung. Von Stabsarzt Prof. Dr. Arneth-Münster i. W., zurzeit im Felde. Berliner klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 44.

Es ist dem Verfasser nicht zweifelhaft, daß außer durch Läusestiche auf andere Weise die Seuche übertragen wird. Schon die Erwägung, daß beim Vorhandensein von großen Mengen von Fleckfiebererregern im Läusekörper auch bei deren Zugrundegehen große Mengen davon frei werden müssen und als feinste Partikelchen sich der Außenwelt mitteilen können, deutet darauf hin, daß andere Uebertragungsmöglichkeiten vorliegen. Es ist lange bekannt und durchaus einleuchtend, daß durch Gegenstände, Kleider, Decken usw. der Erkrankungskeim übertragen werden kann, ebenso muß selbst der überzeugte Anhänger der direkten Läuseübertragung auch mit einer Uebertragungsmöglichkeit durch die Luft rechnen. Ein Teil der Infektionen, an denen einige unserer besten Forscher zugrunde gingen, kann wohl nur so erklärt werden. Bei manchen Fleckfiebererkrankungen in unserem Heere ist es ähnlich. Der Besuch der fleckfieberkranken Bevölkerung in ihren Dörfern und Wohnungen bedingt nach den gemachten Erfahrungen vor allem eine große Gefahr. Ganz ungefährdet ist dagegen auch nach den Erfahrungen des Verfassers das Personal auf den streng geleiteten Fleckfieberstationen. Viel mehr bedroht sind aber die Aerzte und das Pflegepersonal auf den allgemeinen Stationen bei Einlieferung noch unerkannter, zumal verlauster Fleckfieberkranken. Der Wert der Entlausungsmaßnahmen liegt vielleicht weniger in dem Kampf gegen die Läuse als darin, daß am Körper des Kranken noch haftende Keime sofort unschädlich gemacht werden.

Nichtsdestoweniger ist die ungemeine Wichtigkeit der Läusebekämpfung zur Verhütung des Fleckfiebers feststehend. Die Läuse sind und bleiben als die Zwischenwirte von der allergrößten Bedeutung für die Vermehrung und Verbreitung der Krankheitserreger. Der Läusestich kann jedoch nicht als der einzige Uebertragungsmodus angesehen werden.

Die Entlausung bei der Truppe geschieht erfolgreich durch mechanische Entfernung der Läuse von Körper und Kleidungsstücken. Die vielen empfohlenen chemischen Mittel sind in ihrer Wirkung ganz unsicher.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

2. Unterleibstyphus.

Die Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Typhusdiagnose, gemessen an den Untersuchungsergebnissen bei der Typhusepidemie in Jena 1915. Von Privatdozent Dr. K. E. F. Schmitz. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Jena, Direktor: Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Abel.) Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 43.

Die Untersuchungsergebnisse waren folgende:

1. Die Stuhluntersuchung lieferte sehr wenig befriedigende Ergebnisse; sie führte nur bei 11,7 Proz der Fälle während der ersten fünf Wochen der Krankheit zu deren Feststellung. Von den Untersuchungen während dieser Zeit waren nur 8,68 positiv.

2. Die Untersuchung des Blutes auf Typhusbazillen hatte bessere Ergebnisse; es wurden hier zu 30 Proz. der Erkrankten erkannt.

3. Die Widal-Untersuchung ließ etwa 3/4 der Erkrankten erkennen.

4. Wurden die Verfahren kombiniert angewandt, so war der Erfolg bedeutend größer. Es gelang hier bis zu 91 Proz. der Erkrankungen zu erkennen. Auch der Bazillennachweis gelang bei der Kombination bedeutend häufiger. Die höchsterreichte Zahl war 40 Proz.

5. Die Ergebnisse der Typhusuntersuchungen, besonders des Bazillennachweises, lassen immer noch sehr zu wünschen übrig; dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß die Kulturbedingungen, die wir heute den Typhusbazillen darbieten können, ihre Herauszüchtung noch nicht sicher stellen.

6. Durch die Auszählung der Ergebnisse nach Krankheitswochen zeigte es sich, daß auch die Stuhluntersuchung, je früher sie bei den Kranken ausgeführt wird, um so bessere Ergebnisse zeitigt. In der ersten Woche gelang bei 25 Proz. der Kranken der Nachweis der Bazillen im Stuhl; in den folgenden Wochen fällt der Nachweis um mehr als die Hälfte, um schließlich verschwindend klein zu werden.

7. Es könnten also die Zahlen der positiven Ergebnisse sehr vermehrt werden, wenn die Einsendung des verdächtigen Materials möglichst früh erfolgte. Weiter könnte die Erkennung verbessert werden, wenn mehr Blut (mindestens 10 ccm) und dieses defibriniert eingesandt würde. Es wäre so auch in jedem Falle möglich, die so sehr leistungsfähige Widalprobe vorzunehmen, was bisher wegen der geringen Menge oft unmöglich ist.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber die Gruber-Widalsche Reaktion bei typhusschutzgeimpften Gesunden und Typhuskranken. Von Stabsarzt Prof. Dr. G. Herxheimer. Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 35 und 36.

Aus seinen eigenen Untersuchungen an einem größeren Material und den Beobachtungen anderer Forscher zieht Verfasser folgende Schlußfolgerungen:

Bei Typhusschutzgeimpften treten im Blute Agglutinine gegen Typhusbazillen auf; sie brauchen einige Zeit zur Entwicklung, ja in den ersten Tagen gehen etwa schon vorhandene Agglutinine unter dem Einfluß der Impfung — ähnlich beim Typhus selbst — sogar vorübergehend zurück. Besonders schnell treten die Agglutinine öfters bei Personen mit starken klinischen Reaktionserscheinungen auf. In der Regel haben sich etwa 8 Tage nach den Impfungen Agglutinine ausgebildet, deren höchste Titerhöhe von beträchtlichen Zahlen etwa zwischen 14 Tagen und zwei Monaten liegt; sodann wird der Titer weit geringer, bleibt aber zumeist in mittlerer Höhe bis zu einem Jahr bestehen. Infolgedessen ist die Gruber-Widalsche Reaktion an sich bei Typhusimmunisierten diagnostisch kaum verwertbar, auch eine „Schwellenwert“-Bestimmung versagt völlig; ebenso die Nebenagglutination auf Paratyphus-B-Bazillen. Hiergegen läßt sich eine mehrfach vorgenommene Agglutination mit ziemlich plötzlichen starken Stichen der Titerhöhe fast stets (außer in den zwei ersten Monaten nach der Impfung) diagnostisch im Sinne des Typhus ver-

werten. Zu beachten ist, daß der Eintritt der Agglutination bei Schutzgeimpften häufig verzögert ist. Typhusbazillen sind im Blute — außer in den jetzt seltenen schweren Fällen — bei Immunisierten nur selten zu finden, offenbar weil die Schutzimpfung eine länger anhaltende Bakteriämie zu allermeist hintanhält. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Hauterscheinungen nach Typhusschutzimpfungen. Von Dr. J. Matko. Aus dem Garnisonspital Nr. 1 in Wien. IV. Kr.-Abt. Leiter: Professor Dr. K. R. v. Stejskal). Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 45.

Der Autor sah in 7 Fällen nach der zehnten Typhusschutzimpfung und zwar zwischen dem 1. und 6. Tage nach der Impfung roseolaartige Effloreszenzen auf der Haut. Typhusbazillen konnten in der Roseola auch mit Anwendung des Anreicherungsverfahrens nicht nachgewiesen werden.

Während es sich bei der Typhusroseola um eine Reaktion des Papillarkörpers und der Epidermisschicht infolge der Ansiedlung von Typhusbazillen und der chronisch langsamen Reizung der Umgebung infolge der Abscheidung von Toxinen handelt, liegt bei der Typhusschutzimpfung der Roseola eine kurz dauernde Wirkung von Toxinen zugrunde, die sich hauptsächlich auf die Gefäße und deren nächste Umgebung beschränken. Der Prozeß ist den Arzneiexanthemen analog.

Der Autor sah ferner 1 mal ein dem Erythema nodosum ähnliches Exanthem, außerdem scharlach- und masernähnliche Exantheme in seltenen Fällen.

Die häufigste Hauterscheinung, die im Anschluß an die Typhusschutzimpfung auftritt, ist die gewöhnliche Reaktionrötung mit Schwellung der Haut in der Umgebung der Reaktionsstelle. Sie tritt zumeist 1—2 Stunden nach der Einspritzung auf, nimmt rasch an Größe zu und verschwindet innerhalb 2—3 Tagen.

Häufiger noch treten lokale Reizerscheinungen der Haut nach der zweiten Injektion auf. Die Haut ist dabei gerötet, mehr oder minder stark infiltriert, ist ziemlich druck- und schmerzempfindlich und fühlt sich heiß an. Die Epidermis ist dabei intakt, selten in Bläschen abgehoben.

Bei Personen, mit zarter wenig pigmentierter Haut tritt die lokale Reaktion besonders hervor, so daß bei diesen die injizierten Lymphbahnen als gerötete Stränge zu erkennen sind.

Rötung der ganzen Haut, Urtikarin und Vermehrung der Aknepusteln nach der Typhusschutzimpfung werden in der Literatur erwähnt.

Dr. Mayer-Simmern.

Bemerkungen über den Typhus abdominalis vom epidemiologischen und klinischen Gesichtspunkte. Mitteilungen aus einem k. und k. mobilen Reservespital. Von Dr. A. Galambos, Regimentsarzt i. d. R., 1. Spitalchefarzt. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 38.

Die Herabsetzung der Typhuserkrankungen an Zahl und Intensität ist nicht bloß der Typhusschutzimpfung zu verdanken. Im österreichischen Heere ist diese seit dem Winter 1914/15 streng durchgeführt worden; trotzdem kamen im Herbst 1915 sehr schwere Typhuserkrankungen massenhaft zur Beobachtung. Die Sterblichkeit einiger Krankenschübe betrug bis 50%.

Der Paratyphus B, der 1914 und 1916 kaum einige Prozente der typhusartigen Erkrankungen ausmachte, kam im Herbst mehrere Wochen hindurch so gehäuft vor, daß er die Zahl des Typhus zwei- bis dreimal überschritt. Mit einem Schlag hörte diese Epidemie plötzlich auf — eine Schutzimpfung war aber nicht durchgeführt worden. Auch die Ruhr, die im Kriegsbeginn sehr gehäuft und oft in schweren Formen mit großer Sterblichkeit auftrat, nahm an Zahl und an Schwere der Fälle in demselben Maße ab, wie der Typhus. Hier war ebenfalls Schutzimpfung nicht angewandt worden. Das gleichzeitige Auftreten von Typhus und Ruhr, das vom Autor im Kriegsbeginn in 100 Fällen etwa beobachtet wurde, von denen er über die Hälfte verlor, ist heute sozusagen unbekannt.

Als Ursachen für diese Abnahme kommen außer den spontanen Schwankungen der Epidemien die Vervollkommnung und das Fortschreiten der kriegssanitären Kenntnisse während der letzten 2 Jahre in Betracht. Ein Teil der

Soldaten wurde auf natürlichem Wege durch Ueberstehen des Typhus gegen die Erkrankung immun —, der Soldat erlernte aber auch die wichtigsten Regeln des Selbstschutzes; der Truppenarzt erkannte die Wichtigkeit und Bedeutung der Frühdiagnose und der Isolierung der Verdächtigen. Dazu kam die Schaffung von Latrinen, die Vervollkommnung ihrer Desinfektion, die bakteriologische Kontrolle des Trinkwassers, das Nachforschen nach Bazillenträgern, die bakteriologische Durchuntersuchung ganzer Truppenkörper, und die Erfüllung der Forderung, daß Kranke und Verdächtige erst nach einem dreimaligen negativen Befunde von Stuhl und Urin aus dem Krankenhause entlassen werden durften. Immerhin erkennt Verfasser auch die Wirkung der Schutzimpfung als außer Zweifel stehend an, wünscht aber experimentelle Beweise durch Vergleich der Typhussterblichkeit großer Truppenkörper, wenn die Schutzgeimpften mit den nicht Geimpften unter gleichen äußeren Verhältnissen standen. Dr. Mayer-Simmern.

Beobachtungen über den Verlauf des Unterleibstyphus im Felde während des Winterhalbjahres 1915—1916. Von Oberstabsarzt Dr. Herzbach, Chefarzt eines Feldlazaretts. Berliner klin. Wochenschrift; 1916, Nr. 36.

Das Ergebnis seiner Erfahrungen faßt Verfasser folgendermaßen zusammen:

1. Nach der Schwere und der Eigenart des Verlaufs des Typhus lassen sich die Fälle in 5 Gruppen einteilen (T. gravissimus, T. gravis, T. levis, T. levissimus, T. abortivus), die zum Teil dem klassischen Bilde des Typhus gleichen, zum Teil Abweichungen darbieten.

2. Die Mehrzahl der Fälle ist leichter und leichtester Natur. Die Sterblichkeit ist gering.

3. Die einzelnen Gruppen zeigen Unterschiede durch Abstufungen in der Schwere des Verlaufes und in der Art des Beginnes der Erkrankung, Uebereinstimmung durch die Einheitlichkeit des Krankheitsbildes.

4. Auch bei den leichtesten Fällen sind die diagnostisch wichtigen Merkmale vorhanden, der milderen Form der Erkrankung entsprechend in geringerer Häufigkeit.

5. Die Zahl der bakteriologisch positiven Fälle ist gering. Die Annahme, daß es sich auch in den bakteriologisch negativen Fällen um echten Typhus handelt, wird weiterhin unterstützt durch:

a) die Feststellung, daß in einzelnen Truppenkörpern mit gehäufteren Erkrankungen die bakteriologisch positiven Fälle besonders zahlreich angetroffen werden;
b) den Nachweis einer absoluten und relativen Leukopenie;
c) die Beobachtung, daß der fühlbare Milztumor längere Zeit, bis wochenlang nach der Entfieberung nachzuweisen ist;
d) die Erfahrung, daß sich auch an leichteste Krankheitsformen des Typhus Rückfälle anschließen können, die teils durch das charakteristische Krankheitsbild, teils durch den Bazillennachweis einen Rückschluß auf die echte Typhusnatur der ursprünglichen Krankheit gestatten.

6. Während des Feldzuges hat das klinische Bild des Typhus eine wesentliche Veränderung im günstigen Sinne erfahren, das in der Hauptsache der Schutzimpfung zuzuschreiben ist. Die Erkennung der Krankheit ist erschwert. Gegenüber der häufiger als früher versagenden bakteriologischen Methode ist der klinischen Beobachtung eine erhöhte Bedeutung beizumessen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Typhus und Pneumonie. Von Dr. A. Döblin, zurzeit am Reservelazarett Saargemünd. Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 43.

Die akuten Erkrankungen der Lungen als Komplikationen von Typhus — und von anderen Krankheiten — scheinen während der Wintermonate im Felde besonders häufig vorgekommen zu sein. Verfasser beobachtete bei mehr als der Hälfte seiner Todesfälle an Typhus im Winter 1914/15 schwere Lungenerscheinungen. Dadurch wird zugleich die Bedeutung der Lungenerkrankung für die Prognose des Falles gekennzeichnet. Einige Fälle von Typhus mit ausgesprochenen pneumonischen Erscheinungen werden mitgeteilt. Es empfiehlt sich, wie Verfasser hervorhebt, Pneumonien während des Krieges und zu Epidemiezeiten auf ihren etwaigen Zusammenhang mit Typhus anzusehen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber Typhus und Ruhrmischinfektion. Von Regts.-Arzt Dr. Ludwig Fejes, Privatdozent an der Universität in Budapest; Medizinische Klinik 1916, Nr. 37.

Zur Beobachtung gelangten sowohl Fälle, wo sich zu einer bestehenden Ruhrerkrankung ein Typhus gesellte als auch umgekehrt, wo sich auf der Höhe des Typhus noch eine Ruhr entwickelte. Die Ruhrinfektionen waren meist durch den Flexnerstamm bedingt. Es fanden sich Fälle, wo die Infektion mit Ruhr- und Typhusbazillen gleichzeitig erfolgt war, bei denen aber die Ruhr infolge ihrer kürzeren Inkubation früher zum Ausbruch kam, dann auch solche, wo nach dem zeitlichen Auftreten der Symptome die Typhusinfektion früher stattgefunden haben mußte. Diese Fälle verliefen vielfach günstig im Gegensatz zu denen, wo sich der Typhus- eine Ruhrinfektion nachgesellte, also auf der Höhe des Typhus die Ruhrerkrankung entwickelte. Klinisch zeigte sich dann das Bild des Kollapses: Das Fieber schwand auf einmal, die Temperatur wurde sogar plötzlich subnormal, an Stelle der Bradykardie trat eine Trachykardie, daneben war ein unaufhörlicher Stuhldrang vorhanden. Diese Erscheinungen waren so deutlich, daß die Diagnose schon klinisch sichergestellt werden konnte. In allen diesen Fällen ergab die bakteriologische Diagnose beiderlei Keime. Die Prognose war sehr schlecht. Es ist anzunehmen, daß die Wirkung des Typhusvirus den Organismus für die sekundäre Ruhrinfektion empfänglich macht. Im Blutserum ließen sich sowohl Typhus-, als auch Ruhragglutinine nachweisen. Das Bild entsprach mehr einer Vergiftung als einer Infektion. Der Schluß erscheint gerechtfertigt, daß der im allgemeinen als atoxisch geltende Flexnerstamm in einem Typhus-Organismus auch giftbildende Fähigkeit erlangen kann, wie dies beim Krusebacillus im allgemeinen ausgesprochen der Fall ist.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

3. Paratyphus.

Ueber verschiedene Formen des Paratyphus B. Klinischer Teil von Reg.-Arzt Dr. Erich Sluka, Feldspitalskommandant. Bakteriologischer Teil von Stabsarzt Dr. Richard Pollak, Korpshygieniker. Vortrag, gehalten anläßlich einer Versammlung von Militärärzten an der S.-W.-Front. Wiener klinische Wochenschrift; 1916 Nr. 44.

Unter 105 von den Autoren beobachteten Paratyphusfällen endeten 5, denen Dysenterie vorausgegangen war, mit dem Tode. Sluka unterscheidet eine typhoide, eine enteritische, eine ruhrartige, eine septische und eine asthenische Form.

Bei der enteritischen Form des Paratyphus wird oft gewöhnlicher Magendarmkatarrh angenommen. Erst die allgemeine Abgeschlagenheit des Mannes, wenn er das Bett verläßt, läßt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Paratyphus stellen. Blutige Stühle mit fieberhaftem Krankheitsverlauf, die bei der ruhrartigen Form vorkommen, sind ebenfalls geeignet, Verdacht auf Paratyphus zu begründen.

Die septische Form wird durch folgende Symptome charakterisiert: Verlauf eintönig, langwierig. Der Kranke liegt apathisch da; die Entfieberung nach 4—5 Wochen bleibt aus; es besteht hochgradige Abmagerung.

Bei der asthenischen Form erfahren Kliniker und Bakteriologen dieselbe Enttäuschung wie bei der Ruhr. Der Kliniker stellt die Diagnose Typhus, oder Paratyphus. Die Agglutination verläuft aber negativ. Der weitere Krankheitsverlauf bestätigt den Kliniker in seiner Diagnose, die Agglutination kann jedoch dauernd negativ bleiben oder erst spät positiv werden.

Pollak erklärt das Fehlen der Reaktion in einer Reihe klinisch sicherer Fälle dadurch, daß vorausgegangene Kriegsstrapazen, Entbehrungen, unregelmäßige Lebensweise zur Folge haben, daß der kranke Körper nicht die Kraft aufbringt, die Stoffe zu bilden, die in einem ungeschwächten Körper sonst entstehen. Wenn dann durch Bettruhe, Ernährung, Pflege im Krankenhaus bessere Verhältnisse einsetzen, kann es zur Bildung von Agglutininen kommen. Aber auch die wiederholten Schutzimpfungen sind vielleicht imstande, die die Agglutinine bildenden Symptome zu erschöpfen oder aufzubrauchen, so daß es erst

nach reichlicher Vermehrung der Bakterien im Körper zur Bildung von Antikörpern kommen würde. Zweifellos muß der Kliniker wissen, daß in einer Reihe von Fällen die Widalsche Reaktion versagt, daß sie, einmal ausgeführt, öfters wertlos sein kann, daß aber Schwankungen im positiven und auch negativen Sinne Bedeutung zukommt. Dr. Mayer-Simmern.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Krüppelfürsorge.

Krüppel. Von Oberstabsarzt a. D. Dr. Jacoby-Charlottenburg, zurzeit Reservelazarettdirektor in Bayreuth. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 24, Nr. 22.

Verfasser wünscht das Wort Krüppel abgeschafft, weil alles vermieden werden soll, was die Stiefkinder der Natur und ebenso die durch den Krieg Verunstalteten kränken oder verletzen könne. Er schlägt vor, statt des Wortes Krüppel „Verbildet" zu sagen, wenn es sich um Personen handelt, die von Jugend auf ein entsprechendes Gebrechen aufweisen. Die bei der Friedensarbeit durch Unfall usw. verunstaltet sind, sollen „Versehrte", die im Kriege Verletzten „Kriegsinvalide oder Kriegsbeschädigte" genannt werden; die Amputierten usw. könnte man auch Kriegsverstümmelte nennen; statt Krüppelfürsorge würde man entsprechend „Verbildetenfürsorge, Unfallfürsorge" usw. sagen.

Ein dem Verfasser bekannter Offizier, der den rechten Arm verloren hat, jetzt aber wieder Garnisondienst tut, ohne Hilfe auf das Pferd steigt, reitet, absteigt usw., würde sich den Namen Krüppel wohl mit Recht verbitten.

Dr. Hoffmann-Berlin.

2. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Kriegsbeschädigte, Unfallverletzte und Arbeit. Von Dr. P. Ewald, Orthopäden in Hamburg, orthopädischem Beirat des IX. Armeekorps. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 20.

Verfasser entwickelt, wie die Berufsgenossenschaft die Kriegsbeschädigtenfürsorge übernehmen kann und welche Vorteile dadurch besonders für die Kriegsbeschädigten selbst entspringen. Mit den Verwundeten hat man neben der rein ärztlichen Behandlung zunächst eine Beschäftigung vorgenommen, die anfänglich den Charakter kindlicher Handarbeiten hatte, allmählich aber zu einer Arbeitstherapie wurde, indem Werkstuben eingerichtet wurden, in denen den Kriegsbeschädigten mit der Arbeit auch der Glaube und das Vertrauen zu sich selbst wieder erwuchs. Es ist aber notwendig, daß mit der Arbeit auch Werte geschaffen werden, d. h. die Arbeit entlohnt wird. Dazu bedarf es Lehrwerkstätten mit kaufmännischer Einrichtung. Der Zweck solcher Lehrwerkstätten ist einmal die Leute in ihrem alten Beruf wieder zu ertüchtigen, dann aber auch Leute zu einem neuen Handberuf umzulehren. Eine frühe individuelle Beurteilung der Kriegsbeschädigten durch verständige Berufsberatung, an der viele geeignete Persönlichkeiten kollegial mitwirken, ist eine selbstverständliche Forderung. Am besten ist es, wenn der Berufsberater auch Arbeitsvermittler sein kann.

Die Berufsgenossenschaft ist nun in der Lage, da sie Vertrauensärzte und Fachärzte besitzt, besser als die Militärbehörde die Heilbehandlung zu übernehmen. Die Arbeitstherapie soll die Heilbehandlung ergänzen und unterstützen. Es kommt hierbei sowohl auf Arbeit, als auch auf medikomechanische Behandlung an; denn es ist ein großer Fehler, wenn man die Leute nur arbeiten läßt und das „stumpfsinnige" Pendeln unterläßt. Damit die Unfallverletzten die Rentenangst überwinden und die Arbeit nicht als Zwang empfinden, soll die Arbeit nach der Erwerbsfähigkeit entlohnt und die Rente nach der vom Arzt festgestellten Erwerbsunfähigkeit berechnet werden. Für die Verwundeten besteht nach kriegsministerieller Verfügung die Möglichkeit, daß ihnen die Gewährung einer dauernden Rente schriftlich bescheinigt wird, nämlich dann, wenn feststeht, daß eine Erwerbsbeschränkung von mindestens 10 Proz. dauernd bestehen bleibt. Auf solche Weise wird das Vertrauen der Leute gewonnen.

Schließlich ist daran zu erinnern, daß ja nach dem Kriege eine starke Nachfrage auch nach solchen Leuten vorhanden sein wird, die nur eine halbe

oder dreiviertel Kraft sind, und daß es nur darauf ankommt, jede Kraft an die richtige Stelle zu bringen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Das Mannheimer Schulsystem der Kriegsbeschädigten. Von Prof. Dr. Anton Sickinger, Stadtschulrat in Mannheim, zurzeit Hauptmann im Heere. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 24, Nr. 21.

Verfasser will die Kriegsbeschädigten wieder felddienstfähig machen und behandelt sie in drei Abteilungen: Schonungsabteilung, Vorbereitungsabteilung und Exerzierabteilung.

In der Schonungs-Abteilung sind solche, die besonderer Schonung bedürfen und nur leichten Arbeitsdienst verrichten können, und zwar möglichst solche Arbeiten, die für die Rückkehr ins bürgerliche Leben von Vorteil sein können.

In der Vorbereitungs-Abteilung befinden sich solche Kriegsbeschädigten, die mehr oder minder marschfähig sind, während die Exerzier-Abteilung sich gliedert in solche, die beschränkt, und solche, die voll garnisonverwendungsfähig sind.

In der freien Zeit werden alle Abteilungen durch belehrende Unterhaltungen, Vorträge usw. psychisch neu eingestellt und abgelenkt.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

3. Soziale Hygiene.

Ueber die Bedeutung der wirtschaftlichen Verhältnisse in der Frage der Stärkung unserer Volkskraft. Von Privatdozent Dr. Nissle. Oeffentliche Gesundheitspflege. Erster Jahrgang; 1916, H. 10.

Was Referent seit Jahrzehnten als Anforderung an die staatliche Gesundheitspflege aufstellte und weshalb ich als geisteskrank oder als Dummkopf hingestellt wurde, dringt immer mehr in das Bewußtsein auch akademischer Kreise ein. Dr. Nissle hat in der vorliegenden Abhandlung Anforderungen zusammengestellt, die sich mit den meinigen vollständig decken. Ich führe lediglich einzelne Sätze an:

Neben der gewollten Unterfruchtigkeit gibt es auch eine Abnahme der natürlichen Zeugungsfähigkeit, die besonders in den gelehrten Kreisen sich geltend macht. „Das städtische Leben, die Forderungen der höheren Kultur nehmen die geistige Energie dieser Individuen stärker in Anspruch, als es mit dem Durchschnitt der Fortpflanzungsfähigkeit des Menschen verträglich erscheint.“ (Lorenz: Lehrbuch der gesamten wissenschaftlichen Generalogie). Um der „Verpöbelung der Rasse“ vorzubeugen, brauchen wir Führergeschlechter, also größere Fruchtbarkeit gerade der Kopfarbeiter. Die Vereinigung mit der landwirtschaftlichen Tätigkeit würde diese Möglichkeit geben. Alles, was als geburtenfördernde, hygienische Maßregel empfohlen wurde, insbesondere der Sport und die sportähnlichen Vergnügen usf. hat sich nicht bewährt. Die Sucht nach raffinierten leiblichen und geistigen Genüssen, die gesellschaftliche Einschätzung des einzelnen nach der Höhe dieser Genuß-Befriedigung bringt uns an den Rand des Verderbens. Die v. D. Goltz'sche Anforderug von der Verarmung unseres Volkes zum Zwecke der Neubelebung hat gewisse Berechtigung. Die Gesundheitstechnik allein wird uns nicht retten.

Dr. Graßl-Kempten.

Kinderlosensteuer und staatliche Kinderversicherung. Von Dr. Walter Zahn. Sonderabdruck aus Archiv für Rassen- und Gesellschaftshygiene; 1914/15, Heft 6.

Da Ehe noch nicht Kinder bedeutet, ist die Junggesellensteuer von vornherein wirkungslos; die Steuer muß die Kinderlosen erfassen und zur staatlichen Kinderversicherung ausgebaut werden. Die Kinderlosen mit ihrer erhöhten Möglichkeit, ihre erhöhten Ansprüche zu erfüllen, würden dadurch

gezwungen, sich den Gewohnheiten ihrer kinderreichen Standesgenossen anzupassen und die bisherige Schraube ohne Ende in dem Begehren immer höherer Ansprüche würde langsamer arbeiten. Die Steuer müßte nach dem Einkommen und der Zeit der Ehe abgestuft sein; so z. B. sollte von der Kinderlosensteuer betroffen werden, wer ein Einkommen von 2400 Mark und 2 Jahre nach der Ehe noch kinderlos ist; wer 3600 Mark Einkommen hat und nach 5 (6) Jahren nur einen Nachkommen aufweist, wer bei 5000 Mark Einkommen nach 8—10 Jahren nur 2 Nachkommen aufweist. Die sinngemäße Ausdehnung auf die ledigen, geschiedenen und verwitweten ist notwendig. Die so erlangten Gelder sind zu Versicherungen der Kinder in Abstufungen nach der Geschwisterzahl zu verwenden. Als technische Maßregel dieser Vorschläge empfiehlt sich die Kinderversicherungskarte. Dr. Graßl-Kempten.

Ist ein Zweikindersystem in Frankreich nachweisbar? Von Dr. Maasche-Regensburg. Conrads Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik; 107. Bd., S. 66.

Aus der Zählung vom Jahre 1906 ersieht man, was die Zahl der lebenden Kinder anlangt, daß in Frankreich die Häufigkeit der Zweikinderehen keineswegs eine besonders große ist, daß vielmehr die Ursache der geringen Kinderzahl der Ehen in erster Linie auf der übergroßen Zahl von gänzlich kinderlosen und Einehen beruht. Etwa 17 % aller Familien besaßen bereits um diese Zeit überhaupt keine lebenden Kinder, etwa 25 % nur ein einziges Kind, doch trifft man anderseits auch wiederum bei 35½ % aller Familien mindestens 3 und bei 20½ % sogar mindestens 4 Kinder pro Familie an. Für die Zweikinderehen bleibt daher nur ein sehr bescheidener Anteil übrig, 22½ %. Obwohl der französische Bauer als der typische Vertreter des sog. Zweikindersystems gilt, ist doch die Kinderzahl in Wirklichkeit auf dem flachen Lande am höchsten und sinkt ständig mit der Größe der Orte. Während in den Gemeinden mit nicht mehr als 2000 Einwohner auf eine Familie im Durchschnitt 2,35 lebende Kinder entfallen, sind es in Orten mit 2000—50000 Einwohner nur 2,23, in den Städten mit 50000—100000 Einwohner nur 1,87, in den Großstädten, ohne Paris, nur 1,81 und schließlich in Paris sogar nur 1,57. Die geringe Kinderzahl der Städte beruht darauf, daß hier die Zahl der kinderlosen und Einkindehen eine außerordentliche Höhe erreicht. In Paris z. B. besitzen nicht weniger als 56,9 % sämtlicher Familien teils überhaupt keine Kinder, teils nur ein einziges Kind; eine anormale Häufigkeit von Zweikinderehen ist jedoch weder hier noch auf dem Lande zu bemerken. Die Statistik vom Jahre 1906 ergibt, daß im Durchschnitt von sämtlichen Familien 21,15 % nur eine einzige Geburt und 21,32 % nur 2 Geburten zu verzeichnen hatten; allein es verbleiben immerhin noch 40 % von Ehen, in welchen mindestens 3 Kinder und 31,04 %, in welchen mindestens 4 Kinder geboren wurden. Die Zahl der Familien mit 3 oder mehr Kindern ist also in Frankreich keineswegs so gering, wie man gemeinhin anzunehmen pflegt. Im Durchschnitt findet man 2,93 geborene Kinder pro Familie. Abneigung gegen eine große Kinderzahl ist in Frankreich derart eingewurzelt, daß man von demjenigen, der mehr wie 2 Kinder besitzt, mit Geringschätzung oder Bedauern spricht. Die Zahl der Kinder ist noch am höchsten bei den selbständigen Personen, am geringsten bei der Gruppe der Angestellten. Besonderes ungünstig ist das Verhältnis bei den Beamten in Paris, bei denen im Durchschnitt auf eine Familie nur 1¾ Kinder treffen. Die Abnahme der Kinderzahl und Zunahme der kinderlosen Ehen ist hierbei sowohl bei den Beamten wie bei der Arbeitergruppe nachgewiesen.

Dr. Hanauer-Frankfurt a. M.

Gesetzliche Unterstützung kinderreicher Familien in Frankreich. Von Ministerial-Rat Prof. Dr. Zahn-München. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1916, Nr. 2.

Der Verfasser bespricht das französische Gesetz vom 14. Juli 1913, das regelmäßige monatliche Zulagen für kinderreiche Familien bewilligt, und zwar angefangen vom 4. Kinde unter 13 Jahren, bei 3 Kinder, wo die Mutter, bei

2 Kinder, wo der Vater tot oder verschwunden ist. Der Betrag bewegt sich zwischen 60 und 90 Fr. pro Jahr und Kind. Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Vereidigung der mit Kriegsstellen beliehenen Aerzte. Nach einem Erlaß des Kriegsministers vom 22. Oktober d. J. müssen landsturmpflichtige, mit Kriegsstellen beliehene Aerzte vereidigt werden; sie werden dadurch Angehörige des aktiven Heeres mit allen Rechten und Pflichten, die sich aus dieser Zugehörigkeit ergeben. Für die im Vertragsverhältnis zur Heeresverwaltung stehenden landsturmpflichtigen Aerzte kommt dagegen eine Vereidigung nicht in Frage.

Dem jetzt wieder einberufenen **Reichstag** ist ein Gesetzentwurf, betr. den **vaterländischen Hilfsdienst,** vorgelegt, der den Zweck hat, die gesamte nicht zum Heeresdienst herangezogene Bevölkerung zur Kriegsarbeit in der Heimat heranzuziehen und sie für das große Ziel der Vaterlandsverteidigung zweckdienlich zu verwerten, damit die Kämpfer an der Front dauernd mit allem versorgt werden können, um den von unseren Feinden mit vermehrter Zähigkeit und beispiellosem Kräfteeinsatz weiter geführten Krieg zum siegreichen Ende zu bringen Der Gesetzentwurf hat durch die längeren Vorberatungen in einem besonderen Ausschuß sehr wesentliche Aenderungen und Ergänzungen erfahren und ist in dieser Fassung von dem Reichstag in seiner Sitzung am 1. und 2. Dezember d. J. in zweiter und dritter Lesung fast einstimmig angenommen; nur die Mitglieder der soziald. Arbeits-Gem. stimmten dagegen. Nach § 1 dieses Gesetzes ist jeder männliche Deutsche vom 17. bis zum 60. Lebensjahr, so weit er nicht zum Heere einberufen ist, zum vaterländischen Hilfsdienst während des Krieges verpflichtet. — § 2 erklärt die Tätigkeit bei Behörden, in der Kriegsindustrie, Landwirtschaft, Krankenpflege, kriegswirtschaftliche Organisationen, Berufsorganisationen, sowie für Zwecke der Kriegführung oder der für Versorgung als vaterländischen Hilfsdienst, so weit die Zahl dieser Personen das Bedürfnis nicht übersteigt. — § 3 überträgt die Leitung des Hilfsdienstes dem Kriegsamt. — § 4 regelt die Zuständigkeit der Reichs- oder Landeszentralbehörde und der besonders zu bildenden Ausschüsse in bezug auf die Frage, ob die Zahl der bei einer Behörde beschäftigten Person bezw. in einem Betriebe usw. das Bedürfnis übersteigt. — § 5 enthält Vorschriften über die zu erlassende Aufforderung zur freiwilligen Meldung. Wird hier nicht ausreichend entsprochen, so erfolgt die Heranziehung durch schriftliche Aufforderung eines Ausschusses im Ersatzbezirk, bestehend aus einem Offizier, einem hohen Beamten, je einem Vertreter der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Nach Erhalt der Aufforderung ist Arbeit zu suchen; so weit sie binnen zwei Wochen hiernach nicht begonnen hat, findet Ueberweisung zu einer Beschäftigung durch den Ausschuß statt. — § 6 schreibt möglichste Rücksichtnahme auf Lebensalter, Familienverhältnisse, Wohnort, Gesundheit und bisherige Tätigkeit vor. — Die §§ 7 bis 16 enthalten Bestimmungen über das Verhalten der Arbeitsstelle, das Verfahren bei den Arbeitsausschüssen und über deren Aufgaben und Befugnisse, sowie Strafvorschriften. § 17 überträgt dem Bundesrat die Erlassung der Ausführungsbestimmungen mit der Bestimmung, daß allgemeine Verordnungen der Zustimmung eines 15gliedrigen Reichstagsauschusses bedürfen. § 18 bestimmt, daß das Gesetz mit dem Tage der Verkündigung in Kraft tritt und die Außerkraftetzung spätestens einen Monat nach Friedensschluß zu erfolgen hat. — Damit ist ein Gesetzentwurf von tiefeinschneidender und außerordentlicher Bedeutung für unser ganzes Volk angenommen worden. Für die Aerzte wird er allerdings wenig oder gar keine Aenderung bringen, da ihre Tätigkeit ja als eine im vaterländischen Hilfsdienst anzusehen ist, ganz abgesehen davon, daß wohl schon jetzt fast alle in der Heimat zurückgebliebenen Aerzte auch militärärztlich tätig sind.

Richtlinien zur Sicherstellung der Ernährungsfrage. Die verstärkte Haushaltskommission des preußischen Abgeordnetenhauses hat beschlossen, dem Hause verschiedene Leitsätze vorzuschlagen, die die

Sicherstellung der Ernährungsfrage regeln. Danach ist u. a. die nächstjährige Kartoffelversorgung zwar unter Beibehaltung der öffentlichen Bewirtschaftung, aber unter möglichster Zuziehung des Handels und durch Abschluß von Lieferungsverträgen zu bewirken. Denen, die Kartoffeln, Obst und Gemüse zum eigenen Gebrauch gebaut haben, soll der Verbrauch an ihrem Wohnsitz nicht deshalb verwehrt werden dürfen, weil der Erzeugungort und der Wohnort verschiedenen Kreisverbänden angehören.

Yur Versorgung der Bevölkerung, namentlich der schwerarbeitenden, mit Fett, zur Versorgung der Kinder und Kranken mit Milch und als Fleischreserve für Zeiten dringender Not ist unser Viehbestand zwar im Einklang mit unseren Futtermitteln, aber mit aller Schonung zu erhalten. Namentlich Geflügel ist von der Verbrauchsregelung auszunehmen. Es ist eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Fischen und eine angemessene Herabsetzung der Fischpreise herbeizuführen.

Da infolge des Futtermangels ein wesentliches Herabgehen der Schweinehaltung jetzt nicht zu vermeiden ist, ist dafür Sorge zu tragen, daß unter allen Umständen eine hinreichende Zahl Zuchtschweine erhalten wird. Den Teilhabern von Schweinemastgenossenschaften dürfen, sofern alle Genossen ihre Hausabfälle zur Schweinemast abführen, dieselben Bevorzugungen bezüglich der Anrechnung des genossenschaftlich gewonnenen Fleisches auf die Fleischkarte gewährt werden wie bei Hausschlachtungen einzelner Selbstversorger.

Die Unterschiede in der Verteilung von Fett und Fleisch an die versorgungsberechtigte Bevölkerung sind zu beseitigen, unbeschadet einer besonderen Berücksichtigung der Schwer- und Schwerst-Arbeiter. Unterschiede zwischen Stadt und Land in der Versorgung mit Nahrungsmitteln sind nur berechtigt, soweit diese durch besondere Ernährungsverhältnisse und durch die Rücksicht auf die Produktion geboten sind. Es ist Sorge zu tragen, daß das wirtschaftliche Leben weniger als bisher durch wechselnde Bestimmungen beunruhigt wird.

In bezug auf die **Volksernährung** und **Festsetzung von Höchstpreisen** ist in jüngster Zeit der Verkehr mit folgenden Nahrungsmitteln neu geregelt: Ueberwachung des Verkehrs mit Seemuscheln (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 2. November d. J.), die Einfuhr von frischen Fischen (Bekanntmachung vom 13. Nov. d. J., sowie die Beaufsichtigung der Fischversorgung (Bekanntmachung vom 28. Nov. d. J.), Höchstpreise für Hafernährmittel (Haferflocken, Hafergrütze und Hafermehl — Preis im Kleinhandel: 44 Pfg. für das Pfund, in Packungen 56 Pfg., für Hafermehl: 32 Pfg. in ½ Pfd.-Packung (Bekanntmachung vom 2. Nov. d. J.), Höchstpreise für Weizengries: 56 Pfg. für das Kilogr. (Bekanntmachung vom 2. Nov. d. J.), Höchstpreise für Erzeugnisse der Kartoffeltrocknerei und Kartoffelstärke (Bekanntmachung vom 5. Nov. d. J.) und Höchstpreise für Zwiebeln: 14 Pfg. für das Pfd., jeden Monat um 1 Pfg. steigend bis 20 Pfg vom 15. April 1917 ab (Bekanntmachung vom 4. Nov. d. J.), Höchstpreise für Kunsthonig: 55—65 Pfg. für das Pfund, je nach der Verpackung (Bekanntmachung vom 14. Nov. d. J.), Ausführungsbestimmungen zur Regelung der Wildpreise (preuß. Min.-Erlaß vom 2 Nov. d J.): Rehwild 2,50 M., Dam- und Rotwild 2,10 M., Wildschweine 2—2,50 M. für das Pfund Rücken oder Keule; Hasen 6 M., wilde Kaninchen 1,80 M., Fasanen 4,25—5,25 M. für das Stück. In Gemeinden mit mehr als 50000 Einwohner erhöhen sich die Preise um 10%.

Geh. Ob.-Med-Rat Prof. Dr. **Abel**, Direktor des hygienischen Instituts in Jena, ist aus dem Beirat des Kriegsernährungsamts ausgetreten, um nicht für Handlungen und Unterlassungen des Kriegsernährungsamtes auf dem wichtigen Gebiete der Volksernährung verantwortlich gemacht zu werden, mit denen er nicht einverstanden zu sein vermag. Er lehnt es aus vaterländischen Bedenken und in Anbetracht der Zensurvorschriften ab, die Gründe für seinen Austritt im einzelnen bekannt zu geben; erklärt jedoch die darüber in einem Berliner Blatt gebrachte Mitteilung für ganz unvollständig und in wesentlichen Punkten unrichtig. So habe er z. B. nie die Fleischration von 250 g allgemein als unzureichend erklärt und auch nie die törichte Forderung erhoben, das Kriegsernährungsamt solle mehr Fleisch verteilen, als ihm zur Verfügung stehe. In

ärztlichen Kreisen wird der Austritt des Geh. Ob.-Med.-Rats Dr. Abel sehr bedauert werden; denn er war ob seiner reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete besonders geeignet für diese Stellung; hoffentlich wird recht bald ein gleich tüchtiger Ersatz gefunden, der es versteht, die vom ärztlichen Standpunkte aus, insbesondere mit Rücksicht auf die Krankenernährung, zu stellende Forderungen zur Geltung zu bringen.

Berufung. Dr. **Pollitz,** bisher Direktor der Königlichen Strafanstalt in Düsseldorf, ist behufs Reorganisation des türkischen Gefängniswesens als „Inspecteur Général des prisons" in das türkische Ministerium berufen und hat bereits am 1. November d. J. sein ehrenvolles Amt übernommen.

Vermächtnis. Der auf dem Felde der Ehre gefallene Oberamtsarzt Dr. Stoll, Privatdozent für gerichtliche Medizin in Tübingen, hat der dortigen Universität 25000 M. für wissenschaftliche Zwecke vermacht.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberstabsarzt d. L. Med.-Rat Dr. **Brummund,** Kreisarzt in Magdeburg (auch Inhaber des Schaumburg-Lippischen Kriegsverdienstkzenzes).
Generaloberarzt Dr. Diestel-Ulm.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Doepner,** Kreisarzt in Bitterfeld.
Generalarzt à l. S., Geh. Rat und Prof. Dr. Enderlen-Würzburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Grill-Tübingen.
Oberstabsarzt Prof. Dr. Friedrich Kayser-Göln a. Rhein, beratender Chirurg eines Armeekorps.
Oberstabsarzt d. L. Dr. Georg Kramer-Hof.
Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Karl Lüders-Berlin-Steglitz.
Oberstabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Mann-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Fritz Strauß-Tübingen.
Stabsarzt d. L. Dr. **Werner,** Physikus in Schalkau (Sachsen-Meiningen).
Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Ernst Wittern-Eutin.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande (meist erst jetzt zur Kenntnis des Herausgebers gelangt) die Kreisärzte: Med.-Rat Dr. Aust-Nauen (auch Inhaber des Bayerischen Militär-Verdienstorden IV. Klasse mit Schwertern), Dr. Besserer, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes, Münster i. W., Dr. Buddee-Neutomischel (Posen), Geh. Med.-Rat Dr. Carp-Wesel, Dr. Clauß-Posen, Dr. David-Husum (Holstein), Dr. Ekke-Adelnau (Posen), Dr. Ernst-Namslau (Schlesien), Geh. Med.-Rat Dr. Forstreuter-Königsberg i. Pr., Dr. Fricke-Bublitz (Schlesien), Dr. Gallien in Rössel (Ostpreußen), Dr. Guttwein-Schwersenz (Posen), Geh. Med.-Rat Dr. Hensgen-Siegen, Dr. Herbst-Kempen (Rheinland), Med.-Rat Dr. Herlitzius-Erkelenz (Rheinland), Prof. Dr. Hilgermann, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Koblenz, Dr. Howe-Dramburg (Pommern), Dr. Hübner-Zabikow bei Posen, Dr. Hülsmeyer-Bütow (Pommern), Dr. Hutt-Neurode (Schlesien), Med.-Rat Dr. Janßen-Neuwied, Dr. Jorns-Nordhausen, Geh. Med.-Rat Dr. Jungmann-Guben, Dr. Kathe, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Breslau. Dr. Keintoch-Leobschütz (Schl.), Dr. Klewe-Lissa (Posen), Dr Klix-Osterode (Ostpreußen), Dr. Knoll-Bernkastel (Rheinland), Med.-Rat Dr. Krause-München-Gladbach, Dr. Kuschel-Filehne (Posen), Dr. v. Kypke-Burchardi-Rüdesheim a. Rh. (auch Inhaber des Hessischen Militärsanitätskreuzes), Dr. Langner-Beuthen i. Schles, Dr. Larass-Koschmin (Posen), Dr. Lehmann-Kolmar (Posen), Dr. Lipp-Schmiegel (Posen), Dr. Mangelsdorf-Czarnikau (Posen), Dr. Mangold-Allenstein (auch Inhaber des Hessischen Militärsanitätskreuzes), Dr. Menke-Lehe (Hannover), Dr. Meyer, ständiger Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium in Berlin, Dr. Neubelt-Jarotschin (Posen), Dr. Neumann-Rosenberg (Oberschlesien), Dr. Peschel-Birnbaum (Posen), Dr. Pilf-Wiesbaden (Stadt) (auch Inhaber des Braunschweigischen Kriegsver-

dienstkreuzes), Dr. Prang-Bitburg (Rheinland), Dr. Prigge-Wiesbaden (Land), (auch Inhaber des Hessischen Militärsanitätskreuzes), Dr. Rehberg-Rathenow a. Havel, Dr. Sage-Osterburg (Reg.-Bez. Magdeburg), Med-Rat Dr. Sauberzweig-Görlitz, Dr. Schiedat-Pleschen (Posen), Dr. Schmidt-Wreschen (Posen), Dr Schmidt-Neustadt (Oberschlesien), Dr. Schroeder-Lublinitz (Oberschlesien), Dr. Schuchhardt-Altenkirchen (Westerwald), Dr. Schulte-Cochem (Rheinland), Dr. Seiffahrt-Wehlau (Ostpreußen), Dr. Sieber-Witkowo (Posen), Dr. Stoll-Heydekrug (Ostpr.), Dr. Straube-Schwerin (Posen), Geh. Med.-Rat Dr. Struntz-Jüterbogk, Dr. Sueßmann-Wipperfürth (Rheinl.), Dr. Wackers-Grevenbroich (Rheinl), Dr. Weßling-Wollstein (Posen), (auch Inhaber des Bayerischen Militärsanitätsordens II. Klasse), Geh. Med.-Rat Dr. Ziehe-Homburg v. d. H., und Dr. Zimmermann, Vorsteher des Nahrungsmitteluntersuchungsamts in Hannover.

Ferner Kreisassistenzarzt Dr. Dietrich in Cöln a. Rh., Reg.-Rat Dr. med. Spitta-Berlin, Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamtes und Dr. med. Wolff-Berlin, wissenschaftlicher Hilfsarbeiter des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, sowie

die Bezirksärzte Dr. Beltinger-Miltenberg (Unterfranken), (auch Inhaber des Bayerischen Militärsanitätsordens II. Klasse), Dr. Gebhard-Landshut, Dr. Geiger-Eschenbach (Oberpfalz) (auch Inhaber des Bayerischen Militärverdienstordens IV. Kl. mit Schwertern), Dr. Kerschensteiner-Neuburg a. W. (Oberpfalz) (desgl. wie vorher), Dr. Schöner-Miltenberg (Unterfranken) (desgl. wie vorher), Dr. Weber-Schweinfurt (Unterfranken).

Weiterhin: San.-Rat Dr. Carius, Kreisarzt in Detmold, Dr. Clarus, praktischer Arzt in München, z. Z. Kreisarzt in Russisch-Polen, Geh. Med.-Rat Dr. Hecker, Reg.-Med.-Rat in Straßburg i. Els., Landgewerbearzt Dr. Holtzmann-Karlsruhe, Med.-Rat Dr. Riedel, Physikus in Lübeck (auch Inhaber des Lübecker Hanseatenkreuzes und des Oldenburgischen Friedrich Augustkreuzes II. Klasse am blauroten Bande), Dr. Stein, Amtsarzt in Strelitz (auch Inhaber des Mecklenburg-Strelitzschen und Mecklenburg-Schwerinschen Krauzes für Auszeichnung im Felde).

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Kreisassistenzarzt Dr. Brieger-Cosel (Schlesien).
Nervenarzt Dr. Walter Cimbal, Oberarzt der städtischen Heil- und Pflegeanstalt in Altona.
Med.-Rat Dr. v. Gizycki, Kreisarzt in Brieg.
Geh. Med.-Rat Dr. Langerhans, Kreisarzt in Celle.
Dr. Mohrmann, Kreisarzt und Vorsteher des Nahrungsmitteluntersuchungsamtes in Stade.

Verliehen ist ferner: der Bayerische Militärverdienstorden II. Klasse mit Schwertern: dem Generalarzt z. D. Ministerialrat Prof. Dr. Dieudonné-München, derselbe Orden IV. Kl. mit Schwertern: den Besirksärzten Dr. Rauh-Erding (Oberbayern) und Dr. Seiderer-Feuchtwangen (Mittelfrenken); — das Ritterkreuz II. Klasse mit Schwertern des Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Stabsarzt d. Res. Dr. Dennemark, Kreisassistenzarzt in Sigmaringen; — das Ritterkreuz des Oesterreichischen Franz Josef-Ordens: dem Kreisarzt Dr. Knospe in Berlin; — das Oesterreichische Ehrenzeichens II. Klasse mit Kriegsdekoration: dem Med.-Rat Dr. v. Gizycki, Kreisarzt in Brieg; — das Hamburger Hanseatenkreuz: dem Kreisarzt Otto Fridrich in Schubin.

Außerdem haben erhalten: Das Eiserne Kreuz I. Klasse: Assessor Dr. E. Kornalewski, Oberleutnant im Stabe einer Feldartilleriebrigade und Oberleutnant und Reg.-Adjutant Dr. M. Kornaleswki, Söhne des Geh. Med.-Rats Dr. Kornalewski, Kreisarzt in Delitzsch.

Das Ritterkreuz mit Schwertern des Hohenzollernschen Hausordens: Major Max Pfeiffer, Chef des Generalstabes des 17. Reserve-Armeekorps, Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Pfeiffer in Wiesbaden.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Stabsarzt d. L. Dr. Ludwig Albert-Aachen.
Feldunterarzt Ferdinand Dröge-Norden (Ostfriesland).
Oberstabsarzt d. R. Dr. Rudolf Frotscher, Oberarzt an der Landesirrenanstalt Weilmünster (Nassau).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Erwin Gerullis-Pröckuls (Ostpreußen) (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt Dr. Franz Gingele-München.
Feldunterarzt Albert Graunung-Soest.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Hain-Freiburg i. Breisgau.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Erich Hirschfeld-Stettin.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Hochhaus-Cöln a. R., fachärztlicher Beirat beim VIII. A.-K. (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Paul Honert-Münster i. Westfalen.
Stabsarzt Dr. Th. Kirchheim in Bagdad (gest. infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Knierim-Tübingen.
Stabsarzt d. L. Dr. E. Kristeller-Tilsit.
Oberstabsarzt Dr. Ramin-Westerthal, vor dem Kriege in Lübeck (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. L. Dr. H. Sander-Schweinfurt (gest. infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. Res. Dr. Max Trappe-Breslau.
Assistenzarzt d. L. Dr. Rud. Vogel-Offenbach a. M.
Oberstabsarzt Dr. Eduard Wadsack-Bensheim (Hessen) (gestorben infolge von Krankheit).

Cholera. In Oesterreich-Ungarn ist die Seuche anscheinend völlig erloschen.

Erkrankungen an **Pocken** sind im Deutschen Reich in den fünf Wochen vom 22. Okt. bis 25. Nov. nur noch 5, 3, 2, 1 und 1 vorgekommen.

Die Zahl der **Fleckfieber**-Erkrankungen betrug im Deutschen Reich vom 22. Oktober bis 25. November auch nur noch 1, 1, 3, 5 und 5, sämtlich bei Kriegsgefangenen. In Oesterreich sind vom 9. bis 15. Oktober 1, in Ungarn sind vom 16. Oktober bis 5. November 2, 4 und 2 Fälle vorgekommen, davon 4 in Budapest.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 22. Oktober bis 11. November 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber, Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz, Tollwut: — (—), — (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 3 (—), 3 (—), 21 (—); Milzbrand: — (—), 1 (—), — (—); Pocken: 3 (—), 2 (—), 6 (—); Unterleibstyphus: 281 (21), 304 (31), 287 (26); Ruhr: 277 (26), 193 (29), 151 (23); Diphtherie: 2328 (174), 2405 (161), 2580 (155); Scharlach: 1073 (46), 1058 (55), 1139 (35); Kindbettfieber: 59 (20), 51 (18), 72 (19); Genickstarre: 3 (1), — (—), 8 (1); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), 8 (—), 2 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 95 (1), — (1), 16 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 84, 84, 60; Tuberkulose (gestorben): 671, 662, 707.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisassistenzarztes Dr. v. H. in Ch.: Darf eine **Hebamme,** die Witwe eines Arztes ist, der den Doktortitel besaß, auf ihrem Hebammenschild schreiben: „Frau Dr. H., Hebamme“ oder „verw. Frau Dr. H., Hebamme“?

Antwort: Ja! Die Witwe eines praktischen Arztes ist zweifellos zur Weiterführung des durch ihre Verheiratung rechtmäßig erlangten Doktortitels berechtigt, so lange sie ihn nicht in einer Weise benutzt, daß dadurch der Glaube erweckt wird, sie selbst sei ein geprüfter Arzt (z. B. durch gleichzeitige Ankündigung der Behandlung von Krankheiten). Aus dem Zusatz „Hebamme“ ist die Möglichkeit eines solchen Irrtums ausgeschlossen, so daß ein unzulässiger Gebrauch eines „arztähnlichen Titels“ nicht vorliegt.

Anfrage des Bezirksarztes Dr. B. in V.: Sind „Karbolcreme", „Rindermarkpomade, Jodoformgaze „Warzenstifte" und „Russischer Knöterichtee" dem freien Verkehr überlassen, was die betreffenden Firmen behaupten mit der Begründung, Karbolcreme werde nur als Desinfektionsmittel, Rindermarkpomade und Warzenstifte nur als kosmetische Mittel verkauft; Warzen seien außerdem keine Krankheit; Verbandstoffe seien allgemein und von dem Knöterichtee seien nur die beiden Spezialmarken „Homeriana und Weidmanns russischer Knöterichtee" dem freien Verkehr entzogen, alle anderen nicht.

Antwort: Karbolcreme und Rindermarkpomade sind nach § 1 Abs. 2a der Kaiserlichen Verordnung als Desinfektions- bezw. kosmetische Mittel dem freien Verkehr überlassen; dasselbe gilt nach § 1 Abs. 3 dieser Verordnung betreffs der Jodoformgaze, da Verbandstoffe auch dann freigegeben sind, wenn sie mit heilkräftigen Stoffen, deren Verkauf an sich den Apotheken vorbehalten ist, imprägniert sind (Urteil des Oberlandesgerichts in Breslau vom 26. Mai 1908 und in Hamburg vom 15. bezw. 19. Februar 1909). Enthält das Karbolcreme allerdings mehr als 3% Karbolsäure, dann unterliegt der Verkehr damit den Vorschriften über den Handel mit Giften. Warzenstifte sind ebenfalls freigegeben, da Warzen nicht als Krankheit gelten (Urteil des preuß. Kammergerichts vom 14. Februar 1910 und des Oberlandesgerichts in München vom 8. Mai 1913). Betreffs des „Knöterichtees" hat das preuß. Kammergericht durch Urteil vom 25. April 1914 dahin entschieden, daß er nur dann dem freien Verkehr entzogen ist, wenn er als „Homeriana, russischer oder Weidmanns Knöterichtee" bezeichnet ist; demnach erscheint der Einwurf der Geschättsinhaber begründet, zumal betreffs des Knöterichtees die Oberlandesgerichte in Celle (Urteil vom 19. Sept. 1904) und München (Urteil vom 1. Juni 1907) ebenso entschieden haben.

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Entsprechend zahlreichen Wünschen aus den Kreisen der Medizinalbeamten haben sich Herausgeber und Verlagsbuchhandlung entschlossen, den **Kalender für Medizinalbeamte** wieder erscheinen zu lassen. Der neue **Jahrgang 1917** wird Mitte Dezember d. J. zur Ausgabe gelangen; die unterzeichnete **Verlagsbuchhandlung nimmt schon jetzt Bestellungen entgegen**; eine **Bestellkarte** ist zu diesem Zwecke beigefügt.

Die Verlagsbuchhandlung. **Der Herausgeber.**
Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen und Preussischen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, etwa bevorstehende **Wohnungsänderungen umgehend** der **Expedition der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W.** — mitzuteilen, damit in der Zustellung der Zeitschrift mit Beginn des neuen Jahres keine Unterbrechung eintritt. Gleichzeitig wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Zeitschrift **nicht** bei der Post zu bestellen ist, da die **Zustellung von seiten des Vereins** bewirkt wird.

Druckfehler-Berichtigung. In dem Artikel „Ein Fall von Selbstvergiftung durch Ammoniak" in dieser Nummer muß es auf Seite 704, Zeile 10 von unten heißen: „Flüssigkeitsgehalt" statt Flüchtigkeitsgehalt, auf Seite 705, Zeile 2 von oben: „subpleuralen" statt subpleutalen, und Zeile 2 von unten: „nichts" statt „nicht.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

29. Jahrgang; Nr. 24. Ausgegeben am 20. Dezember 1916.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: den Regierungs- und Medizinalräten Dr. Stumm in Stralsund, Dr. Meyen in Liegnitz und Dr. Schneider in Arnsberg sowie den Kreisärzten und Medizinalräten Dr. Dietrich in Demmin, Dr. Gerloff in Stralsund, Dr. Hirschfeld in Glogau, Dr. Dörrenberg in Soest, Dr. Kluge in Höxter, Dr. Heinrichs in Jülich, Dr. Helming in Ahaus sowie dem Oberamtsarzt Med.-Rat Dr. Stauß in Sigmaringen und dem Vorsteher des Mainwasseruntersuchungsamts Prof. Dr. Frank in Wiesbaden; — der Charakter als Medizinalrat: den Kreisärzten Dr. Wollermann in Lyck, Dr. Bundt in Halle a. S., Dr. Laschke in Schroda, Prof. Dr. Lochte in Göttingen, Dr. Loer in Paderborn, Dr. Link in Mörs, Dr. Lenhöfer in Remscheid, Dr. Seeger in Lübben.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das König Ludwig-Kreuz: dem Med.-Rat Dr. Hertfeldt, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Ansbach sowie den Bezirksärzten Dr. Hertel in Scheinfeld (Mittelfranken) und Dr. Schmidtlein-Hartmannsdorf (Mittelfranken).

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kriegsverdienstkreuz: dem Ober-Med.-Rat Dr. Ackermann, Direktor der Anstalt Untergöltzsch und dem Krsisarzt Dr. v. Kügelgen in Lenczyca (Polen).

29. Jahrg. **Zeitschrift** 1916.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 24. | **Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.** | 20. Dez.

Die Verlängerung der Mädchenschulpflicht zur Vorbereitung für den Mutter- und Haushaltsberuf.

Von Geh. Medizinalrat Dr. **Deneke**, Regierungs- und Medizinalrat in Magdeburg.

Die Mittel zur Hebung und Mehrung der Volkskraft, zur Gesundung und Gesunderhaltung des Volkskörpers sind auf allen Lebensgebieten zu finden. Aus der großen Zahl der bisher in der Oeffentlichkeit vorgeschlagenen Mitteln möchte ich keines entbehren oder ablehnen. Ihre Wahl hat auszugehen von der Vermehrung der Einzelkräfte und der Erziehung zur Verwendung der Kräfte. Das weist uns auf den Nachwuchs und die Jugendausbildung hin.

Vom ärztlichen Standpunkte zeigt der Staatskörper abnorme, zum Teil im Gebiet des Krankhaften liegende Erscheinungen, die seine augenblickliche Leistungsfähigkeit beschränken und lähmen, sowie die Erfüllung seiner Aufgaben für die Zukunft aus Mangel an Kraftvorrat erschweren. Der Arzt ist gewöhnt, bei der Prüfung und Bekämpfung von Krankheitserscheinungen von ihren Ursachen auszugehen. Eine derartige

Behandlung wird sich auch beim Volkskörper bewähren, weil er die Gesamtsumme der Einzelerscheinungen darbietet.

Nach medizinischen Gesichtspunkten beurteilt, leidet zurzeit der Volkskörper unter der Gefahr der zunehmenden Abmagerung, also dem drohenden, geschichtlich bekannten Volksmarasmus durch den Geburtenrückgang, an Säfteentziehung durch den Tod so vieler Männer im Felde und an Wunden und Narben, die die verwundeten und verstümmelten Kriegsteilnehmer darstellen. Er befindet sich gleichsam in einem Schwächezustande wie nach einer eingreifenden Operation mit starkem Blutverlust. Daraus ergeben sich auch die Heilanzeigen.

Der Geburtenrückgang ist eine sehr ernste, ja erschreckende Gefahr für den Volksbestand. Nach Krohne ist die Tendenz zum Rückgang, d. h. die sinkende Kurve seit 1900 bis zum Beginn des Krieges also in 15 Jahren so in die Augen springend, wie sie in dem Grade und der Schnelligkeit noch in keinem anderen Kulturstaat beobachtet ist. Frankreich hat zu diesem Geburtensturz 40 Jahre gebraucht. Er beruht zum wesentlichen Teil — darüber besteht bei Eingeweihten und Sachverständigen kein Zweifel — auf der gewollten Beschränkung der Kinderzahl. Der Wille zum Kinde hat nachgelassen und die Empfängnisverhütung und Fruchtabtreibung ist an seine Stelle getreten. Nach Krohne kann man in Deutschland jährlich mit 500000 Fruchtabtreibungen rechnen. Es war ein erschreckender Anblick, ein erschütternder Eindruck für mich, als ich am 28. März d. J. auf der Frauenabteilung des hiesigen Sudenburger Krankenhauses 19 Betten vorfand, die mit fieberhaft erkrankten Frauen und Mädchen nach Frühgeburt belegt waren, von denen mindestens 16 den Verdacht der kriminellen Fruchtabtreibung erregten. Und nichts war zu ermitteln, was zu einem polizeilichen oder gerichtlichen Verfahren hätte führen können. So raffiniert geht die Frauenwelt schon zu Werke, weil sie auf geschlechtlichem Gebiet klüger ist als die Männerwelt. Mit diesem verderblichen Zustande ist die sehr traurige Erfahrungstatsache verbunden, daß die Frauen und Mädchen, die der verbrecherische Eingriff nicht das Leben kostet, in großer Anzahl ein langdauerndes Unterleibssiechtum und häufig bleibende Unmöglichkeit der Empfängnis zurückbehalten.

Gegenüber dieser die Volkskraft verzehrenden ansteckenden Seuche kommt den Geschlechtskrankheiten, die zur Unfruchtbarkeit beider Geschlechte führen, und der Heiratsunlust der Männer nur eine nebensächliche Rolle zu. Der Kinderausfall stellt gleichsam einen Teil der Sühne der Nation dar, die sie dafür entrichtet, daß sie dem weiblichen Geschlecht allerlei, ja fast alle Berufe öffnet, die für den weiblichen Körper sich nicht eignen oder ihn dem Mutterberuf entfremden. Dagegen ist zu bedenken, daß der Hauptkrankheitsherd der Geschlechtskrankheiten, die soviel Unglück und Schaden in die Familie tragen können, die geheime Prostitution ist.

Ihre Vertreterinnen: die Verkäuferinnen, Kontoristinnen, Näherinnen, Plätterinnen usw. rekrutieren sich aber vorwiegend und zwar nicht selten nach einem Zwischenstadium im Dienstbotenberuf aus den Schülerinnen der städtischen Volks- und Mittelschulen. Die freiwillige Beschränkung der Kinderzahl, die in den besser gestellten Kreisen aus wirtschaftlichen, Bequemlichkeits- und sonstigen unberechtigten Gründen ihren Anfang genommen hat, ist aus diesen Kreisen durch den weiblichen, mit listiger Beobachtungsgabe begabten Dienstboten nach ihrer späteren Heirat an den eigenen Herd verpflanzt und hat in der ihnen nahestehenden unbemittelteren Umgebung schnell Propaganda gemacht. Den gewaltigen Einfluß dieses bösen Beispiels in der Frauenwelt wieder zu beseitigen, wird eine schwere, lang dauernde, vielleicht über mehr als eine Generation sich erstreckende Aufgabe der Erziehung sein.

An der nationalen Gefahr ist die Höhe der *Säuglingssterblichkeit* mit einem großen Anteil beteiligt. Deutschland steht mit seiner Zahl unter den Kulturstaaten heute noch an sechster Stelle. Ist das nicht auffallend bei der Höhe unserer allgemeinen Gesundheitskultur und besonders bei der Gründlichkeit und dem Ernst unserer Wohlfahrtsbestrebungen auf dem Säuglingsgebiet in den letzten 10 Jahren? Nicht nur das *ungenügende Selbststillen* im allgemeinen, sondern auch der mangelnde Wille und das fehlende Verständnis für die sorgsame Pflege der Erzeugten sind der Beweis für die *Abnahme der Liebe des Weibes zum Kinde*. Die Grundlagen der Ausbildung des Willens und des Gemüts gehören aber zu den wesentlichen Unterrichtsmitteln der Schule. Zusammengenommen mit dem Geburtenrückgang als Ausdruck der Abnahme des Willens zum Kinde liegt hier ein ernstes Zeichen der drohenden Entartung des Weibes vor, der die Perversitäten auf dem Gebiet der Fortpflanzung und der alltäglichen Lebensäußerungen wie Einschnürung des Leibes, Zurschaustellen von Hüften, Beinen oder Busen, Zigarettenrauchen usw. folgen müssen. Auch hier kann nur systematisch erziehlicher Einfluß, in der Schule Aenderung und Besserung schaffen.

Ich schlage deshalb vor, die Verlängerung der Schulzeit für Mädchen um ein Jahr im unmittelbaren Anschluß an die Entlassung aus der Volksschule zur praktischen Ausbildung im Haushalts- und Mutterberuf und zwar in besonderen, auf dem Lande zu errichtenden einklassigen Staatsschulen.

Vor der analytischen Erörterung des Vorschlags ist die *Bedürfnisfrage* kurz zu beleuchten. Die weitverbreitete Seuche der Fruchtabtreibung und der Empfängnisverhütung ist der gefährlichste Feind der Volkserhaltung, der leider den Volkskörper mit sicherem Erfolge angreift. Ihn vorbeugend und ursächlich zu bekämpfen, gilt in erster Linie mein Vorschlag. Die Erfahrung lehrt, daß die erziehliche Wirkung der

§§ 218—220 des Strafgesetzbuches nur geringe Erfolge aufweist und auch nur aufweisen kann, weil die Vorgänge bei der Abtreibung so verwickelter Art sind, daß positive Ermittelungen, die zur strafrechtlichen Verfolgung und Sühne hinreichen, selten sind. Bei den 3 Landgerichten des Regierungsbezirks Magdeburg in Magdeburg, Halberstadt und Stendal ist in den 3 Jahren 1912—1914 gegen 511 Beschuldigte ein Verfahren wegen Fruchtabtreibung eingeleitet. Bestrafung ist erfolgt in 120 Fällen, Freisprechung in 11 Fällen; das Verfahren ist in 344 Fällen eingestellt und in 36 Fällen am Jahresschluß schwebend geblieben. Also in rund 70 v. H. hat das Verfahren zu einem non liquet geführt. Das sagt gegenüber von nur 11 Freispruchsfällen sehr viel, nämlich, daß das Risiko, für Abtreibungen bestraft zu werden, gering ist, und daß das einträgliche Geldgeschäft der Abtreiber schwer zu stören ist. Also nicht mal die Abschreckungstheorie des Gesetzes wirkt hier in der Praxis. Wenn dies der Fall ist, so ist auch nichts mit der öffentlichen Aufklärung auf diesem heiklen Gebiet zu erreichen. Da ist Zwangsbelehrung des heranwachsenden weiblichen Geschlechts im schulmäßigen Unterricht am Platze und zu einer Zeit, wo nach alter Erfahrung die Schärfung des Gewissens für Recht und Unrecht am zweckmäßigsten geschieht und die besten Erziehungserfolge aufzuweisen hat. Ich finde keinen anderen Weg.

Niemand wird Abderhalden widersprechen, der zu den Ursachen der heutigen Lockerung der Familienbande die mangelhafte Vorbereitung der Mädchen auf ihren ureigensten Beruf, den der Mutter und Hausfrau rechnet. Säuglingspflege, Führung des Haushalts, Koch- und Nähkunst, häusliche Kunst, und ich füge hinzu Scheuern und Wäschewaschen, das sind Dinge, von denen leider die wenigsten Mädchen ausreichende Kenntnisse in die Ehe bringen. Zugleich muß eine Rückkehr zur Einfachheit und eine durchgreifende Säuberung der herrschenden Geschlechtsmoral stattfinden. Vom rein praktischen Standpunkt möchte ich hierbei auf eine Erfahrung Pütters zurückgreifen. Bei der vorbildlichen, großzügigen Organisation der Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin stieß er auf die wiederkehrende Schwierigkeit, daß die Ehefrauen, namentlich die aus der Fabrikbeschäftigung hervorgegangenen, höchst unvollkommene Fertigkeit in der Wohnungsreinigung und der Behandlung unsauberer Wäsche hatten. Er erkannte diesen Mangel sehr bald als eine der Verbreitungsveranlassungen der Tuberkulose und richtete Unterweisungskurse für diese häuslichen Aufgaben (Scheuern, Reinmachen, Wäsche waschen) mit gutem Erfolge ein.

Für die zunehmende Erkenntnis der Notwendigkeit der schulmäßig geordneten Vorbildung für den Mutter- und Haushaltsberuf zwei Beispiele: Auf dem Städtetage der Provinz Sachsen und des Herzogtums Anhalt am 5. und 6. Juni 1914 sprach sich der Referent Stadtschulrat Dr. Gutsche-Erfurt

eingehend über die Frage aus: „Soll die gewerbliche Pflichtfortbildungsschule für Mädchen auf wissenschaftlicher oder hauswirtschaftlicher Grundlage errichtet werden?“ Er entschied sich in überzeugenden, mit allseitigem Beifall aufgenommenen Ausführungen für die hauswirtschaftliche Grundlage und bezeichnete diese Lösung als eine der dringlichsten und wichtigsten Aufgaben der Schulverwaltung. In der Aussprache bin ich warm für die Durchführung eingetreten, weil die Erfahrung Pütters gezeigt hat, wie geringes Verständnis für die häuslichen Pflichten die in gewerblichen Betrieben beschäftigt gewesenen jungen Frauen in die Ehe mitzubringen pflegen. Die Auffrischung des in der vorgeschlagenen Staatsschule Erlernten wird gerade diesen Mädchen und ihrem späteren Hausstande außerordentlichen Nutzen bringen. Der Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten hat durch Erlaß vom 10. Dezember 1915 die Königlichen Regierungen (Abteilung für Kirchen- und Schulwesen) auf die Säuglingspflege als Unterrichtsgegenstand in den Mädchenschulen aufmerksam gemacht unter Hinweis auf die vom Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Peiper und Schulrat Gerike in Greifswald veranstalteten Unterrichtskurse für 12- bis 14jährige Schulmädchen der Mittel- und Volksschulen. „Alle Dinge, die Schwangerschaft und Wochenbett betreffen, wie sie vor älteren Mädchen und Frauen zu besprechen sind, wurden aus dem Lehrstoff ausgeschaltet.“ Und mit Recht, denn Kinder in kurzen Kleidern sind für diese Aufklärung noch nicht reif. Die günstigen Erfahrungen mit diesem Unterricht sprechen dafür, daß er als eine zweckmäßige Vorbereitung für die folgende erweiterte Unterweisung gern willkommen geheißen werden kann, um so mehr, wenn im letzten Schuljahr mit dem Konfirmationsunterricht besonderer Wert auf die Schärfung des Gewissens und auf die Belehrung in den Grundlagen der praktischen Nächstenliebe gelegt wird. Damit komme ich zu meinem Vorschlag zurück.

Nach den jetzt giltigen Bestimmungen und Höchstgerichtsentscheidungen ist das Ende der Schulpflicht an kein bestimmtes Lebensalter gebunden. Die Schulpflicht endigt nicht ohne weiteres mit der Konfirmation. Der Schulunterricht muß solange fortgesetzt werden, bis ein Kind nach dem Befunde der Schulaufsichtsbehörde die einem jeden vernünftigen Menschen seines Standes notwendigen Kenntnisse besitzt. Als ordnungsmäßiger Zeitpunkt für die Schulentlassung ist der Ostertermin desjenigen Jahres anzusehen, in dem das Kind bis zum 30. September das 14. Lebensjahr vollendet. Das sind im Auszug die Grundsätze, nach denen die Verlängerung der Schulpflicht in meinem Sinne durchaus zulässig ist, wenn man sich auf den berechtigten Standpunkt stellt, daß ein Mädchen mit $13^1/_2$ oder 14 Jahren bei den heutigen Schuleinrichtungen und Lehrzielen der Volksschule nicht die ihm notwendigen Kenntnisse als zu-

künftige Hausfrau und Mutter besitzt. Unter heutigen sozialen und Erwerbsverhältnissen muß man von der Schule die Vollendung der Erziehung zum ureigensten Beruf des heranwachsenden Mädchens verlangen. Auf diese Erziehungspflicht ist man in den letzten Jahrzehnten nur mit tropfenweiser Einfügung der Unterrichtsgegenstände, z. B. des Handfertigkeitsunterrichts, eingegangen. Die Erfahrungen der letztverflossenen Zeit und der Krieg haben uns die Notwendigkeit der planmäßig erweiterten Pflichterfüllung aufgedrungen.

Der ordnungsmäßige Zeitpunkt der Entlassung aus der Volksschule kann beibehalten werden. An diesen schließt sich unmittelbar der Uebertritt in die Staatsschule an. Bei den übrigen Schulbetrieben (Mittel- und höheren Mädchenschulen) bleibt derselbe Termin für den Uebertritt, nämlich zu Ostern des Jahres, in dem das Kind bis 30. September das 14. Lebensjahr vollendet. Im Alter von 13—15 Jahren geht beim Mädchen die wichtigste Entwicklung vom Kind zur Jungfrau vor sich, der vom ärztlichen Standpunkt unbedingt Rechnung getragen werden muß, wenn der Körper den Aufgaben und Anforderungen der Staatsschule gewachsen und der Geist befähigt sein soll, ihnen mit dem notwendigen Verständnis zu begegnen.

Daß dazu ein ganzes Jahr erforderlich ist, wird sich bei der Besprechung der Unterrichtsgegenstände ergeben. Mit Recht kann man entgegen halten, daß damit die bisherige 7 bis 8jährige Schulpflicht auf 8 bis 9 Jahre erhöht und die Gefahren des Schulbanksitzens usw. für den weiblichen Körper vergrößert werden. Ich würde gern einverstanden sein, wenn der Beginn der Schulpflicht bei Mädchen wegen der Häufigkeit der englischen Krankheit und wegen des Zahnwechsels vom 6. auf das 7. Lebensjahr verlegt würde. Aber auch wenn das aus schultechnischen Gründen nicht angängig ist, so ist gerade das hinzugefügte Jahr bestimmt, erworbene Schädigungen der Körperentwicklung durch die Art des Unterrichts auszugleichen.

Was spricht nun für die Einrichtung einer Staatsschule, die außerhalb des Rahmens der heutigen Schuleinrichtungen fällt und mit dem Grundsatze der Gemeindeschule bricht? Neben dem eigentlichen Nutzen des Unterrichts für die heranwachsende weibliche Jugend steht der allgemeinsoziale und nationale Gesichtspunkt im Vordergrund. Deshalb ist es ratsam, diese Schulen dem Streit und Neid der Parteien in den Gemeindevertretungen zu entziehen. Bei staatlicher Einrichtung ist am besten die Gleichwertigkeit des Lehrstoffs, der Lehrmittel, der Lehrziele und der Lehrkräfte gewährleistet. Das ist erziehlich von großer Bedeutung. Die Mädchen sollen das Bewußtsein in sich aufnehmen, daß dieser Abschnitt der Schulerziehung nicht nur ihrer Fortbildung dient, sondern auch der Staatsgemeinschaft und der Volksgesundheit zugute kommt. Neben dem für das Weib natürlichen, weil angeborenen Egoismus

sollen sie empfänglich gemacht werden für altruistisches Denken und Handeln. Und nicht zuletzt ist es auch der finanzielle Gesichtspunkt, der für die Staatsschule spricht. Ich entnehme ihn der so lesenswerten Veröffentlichung von Dr. G. W. Schiele in Naumburg (Saale): „Wenn die Waffen ruhen! Beiträge zur Bevölkerungspolitik nach dem Kriege.“ Von der Volksschullast von 482 Millionen tragen die Gemeinden 343 und der Staat 139 Millionen. Eine weitere Belastung der Gemeinden ist kaum durchführbar.

An sich besteht kein Bedenken, ausnahmsweise Privatschulen zuzulassen, wenn das Bedürfnis im Einzelfall geprüft, wenn die Einrichtungen den Anforderungen an Einfachheit und Gesundheitsförderung der Schülerinnen entsprechen und wenn die staatliche Aufsicht sichergestellt ist, damit sie nicht dem Unterweisungszweck zuwiderlaufen und nicht zu abgesonderten Unterkünften lediglich für die aus den höheren Töchterschulen hervorgehenden Mädchen werden.

Nach den maßgebenden Ministerialerlassen sollen einklassige Schulen im allgemeinen nicht über 80 Kinder zählen. Dieser Volksschulgrundsatz ist auf die Staatschule zu übertragen. Durch die einklassige Einrichtung und die Kopfzahl wird das wichtige Merkmal der Schule gewahrt im Gegensatz zur Pensionats- oder klösterlichen Erziehung. Mit der großen Zahl verbinden sich wichtige Vorzüge der Gemeinschaftserziehung, die die vergrößerte Gelegenheit der gegenseitigen Abschleifung von Ecken und Unebenheiten, der Lebensauffassung und des täglichen Verkehrs bietet. Eine ebenso wichtige Forderung ist die durchdachte Mischung der Mädchen aus den verschiedenen Volksschichten. Die Mädchen aus der Stadt müssen Platz an Platz lernen mit den Landmädchen und umgekehrt. Ich habe in dieser Richtung bei den zahlreichen staatlichen Prüfungen von Krankenpflegepersonen außerordentlich günstige Erfahrungen gesammelt. Neben der Tochter aus hochgestellten Kreisen wird das frühere Dienstmädchen ausgebildet. Mit Bewunderung stelle ich immer wieder fest, wie glücklich diese Mischung auf beiden Seiten nicht nur in der Berufsauffassung sich geltend macht. Natürlich kann auch die Uebertreibung dieser Mischung wie alles Gute zum Nachteil ausschlagen; deshalb betone ich die „durchdachte“ Mischung der Angehörigen der Volks-, Mittel- und höheren Schulen. Die zweckmäßige Verteilung auf die Schulen eines Regierungsbezirks wird Aufgabe der Königlichen Regierungen (Abtl. für Kirchen und Schulwesen) sein müssen. Zugleich wird auch die Mischung der Angehörigen der verschiedenen Glaubensbekenntnisse für die spätere Lebensauffassung der Frau von großem Nutzen sein. Sie ist auch berechtigt, weil mulier tacet in ecclesia.

Der Ruf nach Erziehung zur Einfachheit der Lebensführung ist nur durch Anlegung der Schulen auf dem Lande zu verwirklichen. Zur Begründung dieser

Forderung führe ich zunächst die in Bürger- und höheren Kreisen bekannte, empirisch gewonnene Erfahrung an, die sich in die Worte kleidet: „Das Kind muß mal aus dem Hause, muß mal unter fremde Leute.“ Das erziehliche Moment, das in der Ausführung dieser Erfahrung liegt, brauche ich nicht weiter zu erörtern, weil jeder den ursächlichen Zusammenhang der mit einem Umgebungswechsel verbundenen Vorzüge zu beurteilen weiß. Die Einfachheit im innern und äußern Betriebe muß das Jedermann sichtbare Gepräge der Schule sein. Sie findet ihre Grenze nur an der zweiten gleichwertigen Forderung: Gesunderhaltung und Kraftentwickelung. Die Einfachheit hat sich auch zu erstrecken auf die äußere Unterkunft der Schulen. Keine kostspieligen Neubauten für Schulräume, Wohnunterkünfte und deren innere Ausrüstung. Wenn ich diesen Wunsch kurz und kraß ausdrücken darf: Ermietung eines gut erhaltenen und gepflegten Bauernhofs mit 10 bis 15 Morgen Garten- und Ackerland, auf dem die Scheunen als Schlaf-, Unterrichts-, Eß- und sonstige Tagesräume und der Kuhstall als Brausebad eingerichtet werden. Mit jeder Schule ist das Wohnungsinternat für sämtliche Schülerinnen zu verbinden.

Weit größere Bedeutung als in Bürger- und höheren Kreisen hat der erziehliche Aufenthalt außerhalt des Elternhauses bei den Mädchen der breiten Volksschichten, namentlich den aus den Städten stammenden, für die der Landaufenthalt an sich schon ein hervorragender Gesundungsfaktor ist. Sie müssen heraus aus den gewohnten Verhältnissen, heraus aus dem Schlendrian so manchen Elternhauses, gerade in dem Jahr, wo der weibliche Körper zur bewußten Jungfrau heranreift. Heraus aus dem engen Zusammensein in Arbeiterwohnungen und Mietskasernen, wo so mancher unvermeidbare Anblick das natürliche Empfindungsvermögen eines weiblichen Kindes abstumpft, wo dem edelsten angeborenen Gefühl des Weibes, dem Schamgefühl, in arger Weise Abbruch geschieht. Hier liegen die Wurzeln der Prostitution. Heraus aus den Städten mit dem ablenkenden Lärm und Straßenverkehr, mit ihren Varietés, Kinos, Theatern usw. Das wirkt erziehlich schon viel, ja sehr viel, wenn sich damit die Weckung der Liebe zum Landaufenthalt und Verständnis für die Geschenke unserer allgütigen Mutter Natur verbindet.

Für den Unterrichtsplan ist im allgemeinen vorauszuschicken, daß die Ausbildung eine praktische, auf den Haushalts- und Mutterberuf zugeschnittene sein muß. Der Theorie darf nur insoweit Rechnung getragen werden, wie sie zur Erlernung und zum Verständnis der Fertigkeiten notwendig ist. Durch den gesamten Unterrichtsplan muß als roter Faden ziehen die erziehliche Entwicklung des dem Weibe angeborenen Kerns des Schamgefühls, nicht aber deshalb, um prüde Muckerinnen ins Leben zu schicken. Anderseits ist in der Mädchen-

erziehung vor der nicht durchdachten Anwendung des Grundgesetzes: naturalia non sunt turpia, dringend zu warnen. Was natürlich, was von der allgütigen Mutter Natur vorgesehen und bestimmt ist, soll auch menschlich bleiben, wenn es mit dem im menschlichen Verkehr gebotenen Dekorum umgeben wird. Endlich ist die Schärfung des Gewissens für die von der Vorsehung dem Weibe auferlegten Pflichten, die Weckung der Liebe zum Kinde, das Verständnis für die Grundpfeiler der weiblichen Ethik und die Grundlagen praktischer Nächsten- und Vaterlandsliebe Aufgabe des Unterrichts.

Als Unterrichtsgegenstände sind folgende Lehrgebiete notwendig:

1. Die Kenntnis des eigenen Körpers, der Zweckbestimmung und Tätigkeit der lebenswichtigen Organe sowie die Erlernung der Körperpflege zur Gesunderhaltung. Ferner allgemeine Krankheitsvorbeugung in dem Sinne, daß nicht zur Krankheitsangst erzogen wird, sondern davon ausgehend, daß alle Krankheiten durch vernünftige Bedachtsamkeit und Reinlichkeit vermeidbar sind. Aufklärung über die Gefahren der weiblichen Unterleibs- und der Geschlechtskrankheiten. Praktischer Erfahrung wird die Hinzunahme anderer ähnlicher Lehrgebiete vorzubehalten sein. Die Kenntnis des eigenen Körpers setzt eine vorausgehende Untersuchung durch den Schularzt voraus, dem dieses Unterrichtsgebiet zufällt. Ich erhoffe von dieser wiederkehrenden gesundheitlichen Musterung unserer heranwachsenden weiblichen Jugend recht viel für die Vorbeugung und Erkennung der häufigen Pubertätsstörungen, die in diesem Lebensalter einsetzen.
2. Turnen und Marschübungen durch Feld und Wald.
3. Reinhaltung von Wohnung, Küche, Speisekammer, Keller und von Leib- und Bettwäsche.
4. Garten-, Gemüse-, Obst- und Früchtepflege.
5. Praktische Kochlehre für den Arbeiter- und bürgerlichen Haushalt — nicht Kochkunst nach Kalorien — mit den wesentlichen Gesichtspunkten des Ernährungseffektes, der erfreuenden Schmackhaftigkeit und der anregenden Abwechselung der Speisen.

Die Gebiete zu 4 und 5 ergeben allein die Notwendigkeit der einjährigen Dauer des Unterrichts, um im Jahresumlauf der Haushaltsversorgung in den verschiedenen Jahreszeiten Rechnung tragen zu lernen.

6. Die Grundsätze der Säuglings-, Geburts- und Wochenbettpflege.
7. Handfertigkeitsunterricht im Nähen, Stricken, Stopfen und Flicken.

Die Ausbildung in diesem umfangreichen Gesamtlernstoff kann selbstverständlich nicht eine vollkommene und abschließende auf allen Einzelgebieten sein, dazu würde auch ein Jahr nicht ausreichen. Kunst der Unterweisung wird es sein und bleiben, vernünftige Grundlagen im Kenntnis- und Fähigkeitsbesitz der

Mädchen für die folgende Betätigung und Weiterbildung an den praktischen Lebensaufgaben zu schaffen.

An Lehr- und Aufsichtskräften sind erforderlich:

1. Eine leitende männliche Persönlichkeit zur Führung der Verwaltungsgeschäfte;

2. ein Arzt oder eine Aerztin; in diesem Lehrberuf findet sich vielleicht ein besonders zweckentsprechendes Arbeitsfeld für die weiblichen Aerzte;

3. Haushaltslehrerin;

4. Kochlehrerin, 5. Handarbeitslehrerin, 6. Turnlehrerin, 7. Gärtnerin und 8. der Ortsgeistliche.

Welche und wie viele Lehrerinnenstellen zur Kostenersparnis durch eine auf verschiedenen Unterrichtsgebieten zugleich ausgebildete Lehrerin zu besetzen sind, entzieht sich meiner Kenntnis und Beurteilung. Aus demselben Grunde ist auch wohl denkbar, daß die Leitung und Verwaltung vom Schularzt übernommen wird, da in den letzten Jahrzehnten sich die Aerzte vielfach auf dem Verwaltungsgebiet mit Eifer und Erfolg betätigt haben.

Wenn ich bewährten Männern der Schul- und Kommunalverwaltung meinen Vorschlag der Verlängerung der Mädchenschulpflicht hier und dort vortrug, begegnete ich stets vollem sachlichen Einverständnis: „Alles gut und schön, aber die Kosten?“ Die Wiederkehr dieser bedenklichen, manchen guten Gedanken im Keime erstickenden Frage verpflichtet mich, sie etwas eingehender zu beantworten.

Es handelt sich um eine Staatsschule. Bei der Aufwendung von Kosten aus staatlichen Mitteln kommen im wesentlichen in Betracht: Kosten á fonds perdu und werbende Kosten. Bei dem Aufwand von werbenden Kosten ist es die Kunst der Vorberechnung, daß das aufzuwendende Kapital im richtigen Verhältnis zu dem zu erwartenden Ertrag oder Gewinn steht, d. h., daß die Verzinsung des Anlagekapitals nach Möglichkeit gedeckt wird. Aehnlich liegt die Aufwendungsfrage bei der Gesundheitsverwaltung. Sie schafft mit dem Aufwand für die öffentliche Gesundheitspflege zum Teil Idealwerte, zum anderen Teil wirkliche Werte, die sich in der Ersparung von Kosten ausdrücken, die bis dahin z. B. für die Bekämpfung von Krankheiten aufgewendet sind.

Der Idealwert „Gesundheit“ ist unschätzbar, weil er ein individueller Besitz von verschiedenen Wert für den Einzelnen ist. Beim Aufwand für Krankheitsbekämpfung ist die Vorfrage zu stellen: Stehen die Kosten im richtigen Verhältnis zu dem Schaden, den die Krankheiten verursachen, d. h. finanztechnisch ausgedrückt, werden die Zinsen des Anlagekapitals gedeckt werden durch die Ersparnis der Kosten, die bisher wiederkehrend als Krankheitskosten buchmäßig feststehen oder errechnet werden können. Das höchste Ziel ist das Verschwinden der Krankheiten, die man bekämpfen will. Ist es

erreicht und der Krankheitsentstehung und Verbreitung vorgebeugt, so tritt auf den Kostengebiet dieselbe Sicherheit der Berechnung ein, wie auf dem Krankheitsbehandlungsgebiet mit dem Einsatz von ursächlich wirkenden Heilmitteln. Und gerade hier gilt der Erfahrungssatz: Vorbeugen ist billiger, leichter und wohltuender als heilen. In diesem Sinne gibt es in der Gesundheitsverwaltung einen Werte schaffenden Aufwand von „vorbeugenden" Kosten. Sie spielen in der öffentlichen Gesundheitspflege eine gewaltige Rolle, die auffallender Weise in einzelnen Verwaltungszweigen noch nicht genügend gewürdigt wird, obwohl z. B. die Kosten für die Durchführung der Reichsversicherungsgesetzgebung, deren Anfänge nunmehr 32 Jahre zurückliegen, zu 70 v. H. vorbeugende sind und so glänzende Erfolge aufweisen.

In den einleitenden Ausführungen habe ich auseinandergesetzt, daß es sich beim Staatskörper um krankhafte Erscheinungen handelt, weil die 500000 Fruchtabtreibungen den abnehmenden Willen zum Kinde und die hohe Säuglingssterblichkeit die mangelhafte Liebe zum Kinde anzeigen. Die erziehliche Entwickelung von Wille und Gemüt als Aufgabe der Schule soll aber Erfolge erzielen, die in unserem Falle in erster Linie dem Staate zu gute kommen. Also hat auch der Staat aus berechtigtem Interesse die Verpflichtung, die Kosten zu tragen. Wenn es nun richtig ist, wie von allen Einsichtigen angenommen wird, daß die unzureichende Vorbereitung der heranwachsenden weiblichen Jugend die Ursache des bereits erwiesenen Schadens und der drohenden Gefahr der weiteren Herabsetzung der Volkskraft ist, so handelt es sich um „vorbeugende" Kosten. Wie hoch sind diese?

Nach der Auskunft des Preußischen Statistischen Landesamts waren in Preußen Mädchen im Alter von 14 Jahren vorhanden: 1912: 420608, 1913: 431636, 1914: 420549. Da für die rechnerische Grundlage eine geringere Zahl in Frage kommt, weil ein gewisser Teil der Mädchen infolge von körperlichen und geistigen Mängeln für den Unterricht ausfällt und weil — die Geburtsjahre dieser Mädchen liegen in 1897, 1898 und 1899 — der gewaltige Geburtensturz erst mit dem Jahre 1900 beginnt, so nehme ich an, daß man für die Zukunft mit rund 400000 Mädchen rechnen kann, die für den Besuch der Staatsschule jährlich vorhanden sind. Bei Annahme von 80 Schülerinnen für eine Schule würden daher 5000 Schulen in Preußen zu errichten sein. Nach G. W. Schiele beträgt der jährliche Aufwand auf dem Kopf eines unterrichteten Kindes 64 Mark. Daher würde der Unterricht an sich jährlich 25600000 Mark kosten. Dazu kommt die Verpflegung der 400000 Mädchen, die im Durchschnitt auf den Kopf mit 300 Mark anzusetzen ist, also mit 120 Millionen Jahresaufwand. Endlich sind in Ansatz zu bringen die Kosten für die Ermietung der Schulgrundstücke und ihre äußere und innere Ausrüstung,

die ich überschläglich nicht anzugeben vermag. Sie sind im wesentlichen einmalige und bei der Miete laufende Kosten.

Diesem Kostenaufwand sind natürlich auch Einnahmen gegenüber zu stellen. Es ist ein billiges Verlangen, daß jedes Mädchen Kleidung, Leib- und Bettwäsche mitbringt, die sie als ihr Eigentum nach Jahresschluß mit zurücknimmt. Jedes Mädchen muß aber einen Beitrag zu den Schul- und Verpflegungskosten entrichten, dem zweckmäßig die Steuerveranlagung der Eltern zu Grunde gelegt wird. Z. B. ist zu zahlen für ein Mädchen bis zur Steuerstufe von 900 Mark Einkommen 10 Pfennig für den Tag. Das sind 36 Mark im Jahr, die kann jeder Arbeiter für sein Kind aufwenden, wenn er die Sicherheit hat, daß es zu einem tüchtigen Mädchen ausgebildet wird. Wenn es Dienstmädchen wird, ist diese Ausgabe durch erhöhten Lohn in 1—2 Jahren wieder eingebracht. Die Beiträge steigen stufenweise bis zu den höheren Steuersätzen, deren Vertreterinnen die Durchschnitts-Schul- und Verpflegungskosten in ganzer Höhe zu entrichten haben. Diese Einnahmen sind selbstverständlich weit entfernt, die Gesamtkosten der Schulen zu decken. Deshalb muß man das Erträgnis dieser Ausbildung abzuschätzen suchen, um für das Anlagekapital und den erheblichen Rest der laufenden Kosten das Gegengewicht zu finden.

In den Vereinigten Staaten von Nordamerika haben die Nationalökonomen errechnet, daß jedes lebende Mitglied der Staatsgemeinschaft vom Säugling bis zum Greis einen Durchschnitts-Nationalgeldwert von 14000 Mark darstellt. Wenn wir in Deutschland auch nicht die vielen Milliardäre haben, so ist doch der Wert jedes lebenden Deutschen deshalb mindestens ebenso hoch einzuschätzen, weil wir auch in Zukunft von Feinden umgeben sein werden, die uns nach dem Leben trachten. Zur Verteidigung ist jeder einzelne von denkbar höchstem Wert. Wir müssen uns also sagen, daß jeder Säugling bei uns als lebendes Nationalkapital mit mindestens 14000 Mark zu bewerten ist. Wenn wir daher durch erziehliche Einwirkung auf das fortpflanzungsfähige weibliche Geschlecht es erreichen, daß von den 500000 Fruchtabtreibungen auch nur 100000 verhindert werden, daß diese 100000 Früchte und die rechtzeitig geborenen Kinder dem Leben zugeführt werden und erhalten bleiben, so haben wir ein Nationalvermögen von 1400 Millionen gewonnen. Nach Kabinettsrat Dr. von Behr-Pinnow sind in den letzten 40 Jahren „mindestens 8 Millionen Säuglinge gestorben, die wohl am Leben hätten bleiben und kräftige Menschen hätten werden können.“ Würden wir in Zukunft durch verbesserte Säuglingspflege der Mütter auch nur eine Million Kinder retten, so wäre unser Nationalvermögen damit um 14 Milliarden vermehrt. Das sind gewaltige Gewinne, aber sie sind zu erstreben und zu erzielen. Bei zweckentsprechender Gestaltung des Unterrichts können, ja müssen sie das Erträgnis des Kostenaufwands für die Mädchen-Staatsschulen

sein. Mit voller Berechtigung spricht es von Behr-Pinnow aus: „Wir können zweifellos Millionen und Abermillionen sparen; deswegen ist es außerordentlich notwendig, daß alle weiblichen Unterrichtsanstalten sich der Sache annehmen, aus dem jungen Mädchen auch eine Mutter heranzubilden, ein weibliches Wesen, das mit den wichtigsten Bedingungen und Vorbedingungen der Kinderaufzucht Bescheid weiß."

In diesem Zusammenhang ist nur von der Vorbereitung zum Mutterberuf die Rede gewesen. Ein ebenso großer Raum ist in dem Unterrichtsplan für die Ausbildung zum Haushaltsberuf vorgesehen. Der große, unschätzbare volkswirtschaftliche Nutzen, der dadurch entsteht, daß die auf das Halten von Dienstmädchen angewiesenen Hunderttausende Familien nicht rohes, unhandliches, sondern erzogenes, auf den Dienst zugeschnittenes Personal bekommen, ist in der Gewinnberechnung nicht eingeschlossen und auch nicht die Vorteile, die sich mit einem geordneten Stellennachweis der Schulen verbinden würden.

Zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.

Von Geh. Med.-Rat Dr. **J. Bornträger,** Regierungs- und Medizinalrat in Düsseldorf.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ist, wie bekannt, aufgenommen. Von seiner Notwendigkeit wird jeder deutsche Medizinalbeamte ebenso überzeugt sein wie gewillt zur Mitarbeit. Die Frage, ob er dabei allen jenen Maßnahmen, die sich zurzeit in den Vordergrund drängen, als Mensch, Bürger und Arzt zustimmen kann, mag ausscheiden. Als erstes praktisches Ergebnis des gewollten Kampfes ist die Einrichtung von Beratungsstellen seitens der Landesversicherungsanstalten zu verzeichnen, ein Unternehmen, dessen Wirkung abzuwarten sein wird, das aber jedenfalls einen festen Anfang bedeutet und unzweifelhaft einen gewissen Nutzen stiften wird; denn wo immer nur ein wirklicher Willen zur Tat sich geltend macht, da ist stets ein Erfolg, selbst wenn von vornherein nicht alles gleich richtig angefaßt sein sollte. Natürlich wäre es nun aber keineswegs zu billigen, wenn weiter nichts geschehe, als diese Beratungsstellen auszubauen und ihre Erfolge abzuwarten. Tatsächlich sollen diese Stellen ja doch nur das anzustrebende Verhalten der geschlechtlich Erkrankten in die Wege leiten, und es bleibt, abgesehen von verschiedenen allgemeinen Maßnahmen, noch reichlich Raum für die Durchführung eben dieses Verhaltens selbst.

Da dürfte u. a. ein Vorgehen von größter Bedeutung sein, das, soweit ich zu sehen vermag, in den bisherigen zahlreichen öffentlichen Erörterungen auffallend zurückgetreten ist, das ist die Durchführung einer vollständigen Heilung des akuten Trippers beim Manne.

Im größeren Publikum, das ja naturgemäß keine medi-

zinischen Kenntnisse besitzt, hat sich in Verfolg der öffentlichen Erörterungen über die Geschlechtskrankheiten in der Neuzeit bis in die weitesten Kreise die Vorstellung herausgebildet, als ob jeder, der an einer solchen, welche es auch sei, leidet oder gelitten hat, ein für allemal in seiner Person wie in seiner Nachkommenschaft als verdorben und verloren anzusehen sei. Der Mediziner weiß, daß diese Anschauung nicht richtig ist, daß erhebliche Unterschiede obwalten, und daß insbesondere der frische Tripper beim Manne in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle bei richtiger Behandlung und richtigem Verhalten des Erkrankten in einer geringen Anzahl von Wochen sicher und ohne Hinterlassung irgend welcher Folgen völlig geheilt werden kann, so zwar, daß der Mensch sich gesundheitlich und in bezug auf seine Fortpflanzungsfähigkeit wie auf die Gesundheit seiner Nachkommenschaft in nichts von seinem Zustande vor dem Tripper unterscheidet. Wenn diese vollständige und baldige Ausheilung des frischen Trippers in vielen Fällen nicht erreicht wird, so liegt das lediglich daran, daß diesem Geschlechtsleiden nicht von vornherein mit demjenigen Ernst begegnet wird, den die Erkrankung im Interesse des einzelnen wie der Allgemeinheit erfordert. Wie verläuft gewöhnlich die Sache? Der an Tripper Erkrankte begibt sich günstigen Falles in die Behandlung eines Arztes, sehr günstigen Falles in ein Krankenhaus und sucht zunächst die ihm gegebenen Anordnungen in bezug auf Behandlung und Lebensweise mehr oder minder genau zu erfüllen. Sowie aber das akute Stadium der Krankheit nachläßt, die Beschwerden sich mindern, der Ausfluß geringer wird, lockert sich leicht das Verhalten; man will auf Betätigung, Arbeitsverdienst und Ungebundenheit des Lebens wegen dieses anscheinend nur örtlichen, zudem bereits sich bessernden Leidens nicht länger verzichten, und so wird die Arbeit, oft schwerere körperliche, wieder aufgenommen, man bewegt sich reichlicher, ißt und trinkt Verbotenes versuchsweise, raucht wieder kräftiger, sucht auch das Wirtshaus auf. Die nun eintretende Verschlimmerung des Leidens zwingt wohl wieder zu vorsichtigerem Leben; sowie aber die Besserung sich wieder zeigt, durchbricht man von neuem frühzeitig die Vorschriften usw. und gelangt vom Bacchusdienst schließlich auch zum Venuskult. Die Folgen sind immer dieselben: Der Tripper verschlimmert sich wieder, wird allmählich chronisch und schwer heilbar, andere Organe — Vorsteherdrüse, Blase, Nieren, Hoden, Gelenke usw. — werden ergriffen, eine oder mehrere weibliche Personen angesteckt und damit neue Infektionsquellen geschaffen, Folgen, die umso schwerer wiegen, als die Heilung des Trippers beim Weibe bekanntlich viel schwieriger und langwieriger ist als beim Manne, außerdem leicht die berüchtigten, mit Sterilität einhergehenden Nachkrankheiten bewirkt. So läuft die Kette der Erkrankungen weiter, und alle diese Ansteckungen erfolgen schließlich nur deshalb, weil der zuerst erkrankte Mann nicht die Energie aufwandte oder veranlaßt

wurde, für ein paar Wochen sich diejenigen Beschränkungen aufzuerlegen, die sein Zustand unbedingt forderte, und dadurch chronisch tripperkrank wurde. Der chronische Tripper des Mannes ist also der eigentliche Verbreiter dieser Geschlechtskrankheit, in dem Sinne, daß die Tripperkrankheit, auch beim Weibe, allmählich ausgerottet, zum mindesten stark eingedämmt werden würde, sobald es gelänge, den Uebergang der akuten Tripper in chronische zu verhüten. Der chronische Tripperkranke spielt hier genau dieselbe Rolle wie der Bazillenträger nach Typhus oder der frei sich umherbewegende Kranke mit offener Tuberkulose, nur mit dem Unterschiede, daß der chronische Tripper vielleicht noch infektiöser und — im Gegensatz zu jenen Erkrankungen — bei gutem Willen durchaus zu vermeiden wäre.

Die Folgerung aus diesen Darlegungen ergibt sich von selbst; sie lautet: energischer Kampf gegen den Uebergang des akuten Trippers beim Manne in den chronischen Zustand, positiv gesprochen: Durchführung vollständiger Heilung des frischen Trippers.

Man sollte meinen, diese Forderung sei die natürlichste von der Welt, geradezu eine Selbstverständlichkeit, und alle diejenigen, die sich heute der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten widmen, würden bereit sein, für ihre Durchführung einzutreten und zu wirken; auffallenderweise ist dies aber nicht der Fall. Als ich z. B. vor kurzem in einem kleinen Kreise bevölkerungspolitisch tätiger, im Kampfe gegen Unsittlichkeit wie gegen die Geschlechtskrankheiten eifrig beschäftigter Nichtärzte zum Ausdruck brachte, daß der akute Tripper für gewöhnlich in wenigen Wochen sicher und folgenlos zu heilen sei und demgemäß auch geheilt werden müßte, stieß ich auf so bestimmte Zweifel, als es die Höflichkeit nur zuließ; man habe doch so vieles über Geschlechtskrankheiten gehört und gelesen, aber solches sei noch nie gesagt; ein Tripper sei doch sehr schwer heilbar und schädige erheblich Fruchtbarkeit und Nachkommenschaft. Als ich dann meine Meinung über die Notwendigkeit des energischen Heilens des akuten Trippers bald darauf in einem großen ärztlichen Verein vorbrachte, stieß ich ebenfalls sofort auf Widerstand: Der Tripper sei eine rein örtliche Erkrankung, die weder Erwerbsunfähigkeit bedinge noch von den Erkrankten selbst als schwer aufgefaßt werde; diese wollten daher auch gar nicht als ernstlich krank angesehen, wohl gar zur Bettruhe oder Krankenhausbehandlung verurteilt werden; oft müßte die Behandlung auch heimlich erfolgen; die Krankenkassen würden geldlich nicht in der Lage sein, Krankenhausbehandlung und Krankengeld für alle ihre Tripperkranke zu zahlen, die Beratungsstellen sollten überhaupt nur für Syphilitische da sein, nicht für Tripper, die Krankenhäuser würden nicht ausreichen u. dgl. m.

Man ist also in beteiligten Kreisen noch keineswegs davon überzeugt, welchen Wert ein energisches Vorgehen zur gründ-

lichen Ausheilung des akuten Trippers für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten darstellt.

Daher gilt es m. E. nunmehr planmäßig dafür einzutreten, daß der frische Tripper des Mannes mit einem seiner Bedeutung entsprechenden Ernst von vornherein behandelt und geheilt wird, d. h. der Erkrankte muß, wie es bei den Soldaten längst der Fall ist, tunlichst sogleich in ein Krankenhaus gebracht, hier sachgemäß behandelt und vor endgiltiger Heilung nicht entlassen werden. Nur in besonders günstig gearteten Fällen, also z. B. dort, wo eine sitzende, die Behandlung nicht störende Berufstätigkeit ausgeübt wird und der Charakter des Erkrankten eine volle Gewähr bietet, sollte eine ambulante Behandlung genügen, sofern die fortlaufende ärztliche Kontrolle einen dauernden guten Fortgang ergibt. Die Heilung einer übertragbaren Krankheit ist überall auch eine der vornehmsten Bekämpfungsmittel gegen weitere Ausdehnung; wenn daher immer wieder und wieder behauptet wird, Deutschland erleide fortlaufend einen Ausfall von 200000 Geburten zufolge von Tripppersterilität, dann gilt es gewiß auch, die Folgen zu ziehen und die Urheber dieses völkischen und familiären Schadens fester anzufassen und ihre Unschädlichmachung, d. h. rechtzeitige Ausheilung, zu verlangen.

Es erhebt sich die Frage: Was ist zu tun? Wie sind die Widerstände zu überwinden, die sich zweifellos einer derartigen ernsteren Anfassung der Tripperkranken in den Weg stellen werden?

Die nächstliegende Antwort dürfte sein: „Aufklärung", „Belehrung", „Merkblätter"! Ich würde hierzu nicht allgemein raten. Es mag einmal von der vielumstrittenen Frage der Berechtigung der „Aufklärung" sozusagen des ganzen Volkes über Geschlechtskrankheiten hier ganz abgesehen werden; sicher ist aber, daß heutzutage „Aufklärung", „Belehrung", „Merkblätter" über so viele Dinge und in einer solchen Fülle über unser Volk ausgestreut werden, daß es mir recht zweifelhaft erscheint, ob es einen wirklich guten Erfolg haben würde, wenn man hier noch eine Vermehrung eintreten lassen würde. Schließlich ist ja auch bereits die Bewegung im Gange, einerseits die an Tripper Erkrankten zum Aufsuchen eines Arztes zu veranlassen und anderseits die Aerzte in der Behandlung der Geschlechtskrankheiten gründlicher durchzubilden; es dürfte also darauf ankommen, auf die Aerzteschaft dahin einzuwirken, daß frische Tripppererkrankungen beim Manne tunlichst einer Krankenhausbehandlung, zum mindestens aber einer streng durchgeführten und kontrollierten richtigen Behandlung und Lebensweise bis zur Ausheilung unterworfen werden. Hierfür müßten die Universitäten, Akademien für praktische Medizin, Aerzteorganisationen, Krankenkassenärzte, zumal auch die Spezialärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und die Krankenhausärzte gewonnen werden. Daß ein Tripper bis zu seiner Ausheilung arbeitsunfähig macht (Bedingung für die

Gewährung des Krankengeldes), wird ein Arzt bei voller Würdigung der Bedeutung des Leidens und der schädlichen Wirkung schwerer körperlicher Arbeit, lebhafterer Bewegung und unregelmäßiger Lebensweise allezeit mit vollem Rechte bescheinigen können.

Weiter sollte man die Vorstände und großen Vereinigungen der Krankenkassen allerlei Art für die Sache erwärmen und ihnen das weitere hinsichtlich der Gewinnung ihrer Mitglieder überlassen. Ich könnte mir denken, daß die Bereitstellung der Geldmittel einerseits und die Einwirkung auf die einzelnen Erkrankten anderseits gute Erfolge zeitigen müßten, vielleicht bessere als eine allgemeine Erörterung der Angelegenheit. Insbesondere könnte ein verständiges Hand in Hand Gehen von Arzt und Vorstandsmitglied wirksam sein, z. B. wenn ein an Tripper Erkrankter sich weigert, ein Krankenhaus aufzusuchen, oder ein solches vor völliger Ausheilung verlassen will. Es dürfte doch wohl mancher folgsam sein, wenn ihm die Alternative ernst vor Augen geführt wird: Auf der einen Seite eine kurze, nur einige Wochen dauernde gewisse Entsagung und Verdiensteinbuße mit der sicheren Aussicht auf völlige Heilung und auf der anderen Seite zwar zunächst kein Erwerbsausfall und geringere Entsagung, dafür aber die ebenso sichere Aussicht auf ein monate- oder jahrelanges höchst lästiges chronisches Leiden, verbunden mit erheblicher Ansteckungsfähigkeit, daher mit Heiratsunmöglichkeit, und leicht gefolgt von schweren, oft unheilbaren Nachkrankheiten. Ich glaube, daß derartige systematische, von Fall zu Fall und von Person zu Person erfolgende Einwirkungen, wie es gerade die Beratungsstellen vorsehen, weit wirksamer sein werden als die allgemeine Besprechung dieser heiklen Dinge in breiterer Oeffentlichkeit, vor Versammelten verschiedenen Alters und verschiedener Stände, wohl gar beider Geschlechter.

Schließlich wollen wir aber auch nicht ganz vergessen, daß der Vorstand der Krankenkasse Strafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes nach § 529 der Reichsversicherungsordnung gegen einen Versicherten für jeden Uebertretungsfall, sofern dieser die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt, festsetzen kann; auch von dieser Befugnis könnte gelegentlich wirkungsvoller Gebrauch gemacht werden.

Was die Kosten anlangt, so dürfte es zunächst zweifelhaft sein, ob die Ausgaben der Krankenkassen bei grundsätzlicher Krankenhausbehandlung und Erwerbsunfähigkeitserklärung der akut tripperkranken Männer wirklich erheblich steigen würden; denn es darf nicht vergessen werden, wie viele Ersparungen an der Behandlung der chronischen Tripper und seiner Nachkrankheiten sowie infolge von Verminderung weiblicher Erkrankter gemacht werden würden. Am letzten Ende aber dürfte die Geldfrage bei der Durchführung dieser hygienisch

und völkisch wichtigen Aufgabe nicht hinderlich sein; sollten die Mittel der Kassen wirklich nicht genügen, so würden andere öffentliche Mittel, z. B. der Landesversicherungsanstalt sicher zu erhalten sein.

Ob es nötig sein wird, die Zahl der Krankenbetten in öffentlichen Krankenhäusern zu vermehren oder besondere Abteilungen solcher zu errichten, wird von Fall zu Fall zu entscheiden sein. Ebenso werden vielleicht noch andere auftauchende Fragen zu lösen sein.

Zweck dieser Ausführungen sollte es nicht sein, einen vollständigen Plan zur Ausheilung und Ausrottung des Trippers zu entwerfen, sondern lediglich auf die Bedeutung der bestimmter ins Auge zu fassenden Ausheilung des frischen Trippers hinzuweisen. Sollte dies in einigermaßen erheblichem Umfange bald gelingen, so würden wir der Niedrighaltung dieser Form von Geschlechtskrankheiten und damit der Zahl dieser Erkrankungen überhaupt ganz erheblich näher kommen und zwar auf einfachere Weise und voraussichtlich gründlicher, schneller und unter allgemeinerer Zustimmung, als mancherlei weitgreifende Vorschläge unserer Tage, deren Berechtigung wie Wirksamkeit gleich umstritten sind, erwarten lassen. Unlängst las ich in einer medizinischen Zeitung die Bemerkung eines Arztes, man solle eine Vereinigung zur Bekämpfung des Trippers gründen. Soweit möchte ich nicht gehen; aber der Grundgedanke dieses Vorschlags entspricht durchaus meiner Auffassung; jedenfalls ist ein verschärftes Heilvorgehen gegen den frischen Tripper des Mannes ein unausweichliches Gebot unserer bevölkerungspolitischen Bestrebungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Plötzlicher Tod durch Magenüberfüllung. Von Dr. W. Kürbitz. (Aus der Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein.) Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 21.

Es wird über 2 Fälle berichtet, in denen verblödete ältere Insassen einer Pflegeanstalt, die gewohnheitsgemäß alle ihnen vorgesetzten Speisen gierig und hastig, ohne zu kauen herunterschlangen, plötzlich starben, ohne vorher krank gewesen zu sein. Die Sektion ergab beide Male übereinstimmend einen ad maximum aufgetriebenen Magen, der viel unverdaute Speisereste und viel Luft enthielt, Hochstand des Zwerchfells und Verlagerung des Herzens nach links und oben. Diese Wahrnehmung wird nicht als eine zufällige zu bezeichnen sein, sondern ist mit dem Tod direkt in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Die inneren Organe, namentlich Herz und Nieren, waren abgenutzt und krank. Wenn die Lageveränderung des Herzens nebst starken Magen- und Darmauftreibungen keine besonderen Krankheitserscheinungen und Beschwerden hervorgerufen hatten, so hängt das damit zusammen, daß die betreffenden Personen geistesschwach waren und solche im Widerspruch zu ihren körperlichen Leiden oft keine Klagen vorbringen.

Die veränderten Lage- und Druckverhältnisse im Zusammenhang mit schweren Herz- und Nierenveränderungen führten zusammen zu dem plötzlichen Tod. Die jetzigen ungünstigen Ernährungsverhältnisse lassen es möglich erscheinen, daß ähnliche Fälle, die im übrigen in der Literatur nicht beschrieben sein sollen, sich wiederholen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Zur Kenntnis und gerichtsärztlichen Beurteilung psychopatischer Zustände. Von Prof. Dr. Raecke-Frankfurt a. M., zurzeit im Felde. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 22.

Ein lehrreicher Fall aus der gerichtsärztlichen Praxis gibt dem Verfasser die Veranlassung, die praktische Bedeutung psychopathischer Zustände hervorzuheben und zu beleuchten. Als Psychopathen bezeichnet Raecke solche Individuen die infolge angeborener oder erworbener Schädigung der Gehirnfunktion auf seelischem Gebiete eine Reihe ungewöhnlicher Erscheinungen zeigen, welche zunächst noch nicht so stark ausgeprägt sind, daß sie Geistesstörung bedingen, indessen unter der Einwirkung geeigneter Momente jederzeit und vorübergehend eine solche Stärke erreichen können. Im einzelnen kommen die mannigfachsten Schattierungen und Möglichkeiten vor. Die intellektuelle Begabung kann überraschend gut, aber auch direkt schlecht sein. Das Affekt- und Triebleben bieten bald abnorme Erregbarkeit, bald zu geringe Ansprechbarkeit. Die ethischen Empfindungen sind manchmal verkümmert; mißtrauische Eigenbeziehung und wahnhafte Gedankenrichtung sind angedeutet. Im Vordergrunde steht aber stets das Unharmonische und Unausgeglichene in der psychischen Konstitution mit der Neigung zu großer Unbeständigkeit und eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegen einwirkende Schädlichkeiten.

Der hier genauer beschriebene Fall betrifft einen jungen Mann, der allerlei abenteuerliche und schwindelhafte Dinge hinter sich hatte, von jeher eine Neigung zum Erfinden phantastischer Geschichten besaß und das Bild der „Pseudologia phantastica" darbot. Im besondern handelte es sich noch darum festzustellen, ob Anfälle von Bewußtlosigkeit, die verschiedentlich aufgetreten waren, aber ärztlicherseits nur in Spanien beobachtet worden waren, als epileptische zu deuten seien. Diese Frage verneint Verfasser; er hält die Anfälle vielmehr für hysterischer Art, wie sie ganz zu der psychopathischen Persönlichkeit des Untersuchten passen. Das Schlußgutachten lautet dahin, daß Geisteskrankheit im Sinne des § 51 St.G.B. nicht vorliegt, es sich aber um ein von Haus aus geistig minderwertiges Individuum (Psychopath mit hysterischen Zuständen und krankhaft entwickelter Phantasietätigkeit) handelt, bei dem die Zurechnungsfähigkeit als vermindert anzusehen ist.

Der Fall, der vorher von anderen Aerzten verschiedentlich gedeutet worden war, lehrt, wie hervorgehoben wird, daß es dem Nichtfachmann schwer wird, die Persönlichkeit eines Psychopathen in ihrer Gesamtheit richtig zu erfassen, daß aber gerade die Kenntnis derartiger Grenzzustände namentlich mit Rücksicht auf die jetzt erfolgende militärische Einstellung so mancher bisher als untauglich angesehenen Psychopathen von großer Bedeutung ist.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Ein charakteristisches, künstlich erzeugtes Geschwür. Von Regimentsarzt Dr. Liebl. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 41.

Es handelt sich um kreisrunde Substanzverluste, mit glatten scharfen Rändern. Ein Entzündungshof besteht nicht. Der scharfe Rand stellt einen dünnen, weißen Saum dar. Der Boden des Geschwürs ist in frischem Zustande mit einem schmutzigbraunschwarzen fest anhaftenden Belag bedeckt. Zwischen Saum und Belag ist das Gewebe stark injiziert und hat eine Breite von 2—5 mm.

Der Verfasser gibt interessante Bilder von Verätzungen, deren Diagnose den Aerzten oft schwierig war. In einem Falle bestand ein Geschwür an der Urethra, das sich der Träger bei einer Prostituierten geholt haben wollte. Die Leibesuntersuchung förderte mehrere krystallinische Stücke in einer Blechschachtel zutage, deren chemische Untersuchung „Laugenstein" ergab. (Es handelt sich anscheinend um Kali causticum fusum, das auch als Aetzstein bezeichnet wird.) Dr. Mayer-Simmern.

D. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Winkelmaßapparat. Von Dr. von Poschinger, Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie in München. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 22.

Es wird ein kleines Instrument beschrieben und abgebildet, das in einfacher und handlicher Weise eine genaue Messung der Exkursionsbreite der Gelenkbeweglichkeit ermöglicht. Der Apparat hat sich nach Angabe seit Jahresfrist in einer medikomechanischen Abteilung eines Münchener Reservelazaretts bewährt (zu beziehen von Jetter und Scheerer in Tuttlingen).

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber Arbeitsbehandlung im Heilverfahren für Versicherte, mit besonderer Berücksichtigung der Heilstätte der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen in Gottleuba. Von San.-Rat Dr. Bartels, Chefarzt der Heilstätte Gottleuba. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1916, Nr. 21.

So zweifellos für manche Kranke eine körperliche Arbeit, ein wirksames Behandlungs- und Heilmittel sein kann, so sicher ist es auch, daß bestimmte Voraussetzungen zutreffen müssen, um das zu erreichen, was man will, nämlich eine Kräftigung des Körpers und einen heilsamen Einfluß auf das Seelenleben.

Die Voraussetzungen dazu sind:

1. Vorhandensein geeigneter Krankheitsfälle, deren Behandlungsdauer keine beschränkte sein darf und ärztlicherseits zu bestimmen ist;
2. Abschluß der eigentlichen Heilbehandlung im engeren Sinne vor Einsetzen der Behandlung mit Arbeit;
3. Vorhandensein der verschiedensten Arbeitsarten und Einrichtungen;
4. Vorhandensein eines ausreichenden, geschulten und vorgebildeten Lehr- und Aufsichtspersonals (für Männer männliches, für Frauen weibliches Personal);
5. Vorhandensein eines erfahrenen Arztes, der praktische und technische Erfahrungen hat, um die Art der Arbeit beurteilen und diese dosieren zu können.

Von den Krankheitsformen eignen sich meist nicht: alle Fälle von körperlicher und nervöser Erschöpfung und Blutarmut, Muskel- und Gelenkerkrankungen, Krankheiten der Atmungs- und Kreislauforgane, des Magendarmkrebs und Stoffwechsels, dagegen sind gewisse Fälle von funktionellen Nervenkrankheiten für eine Arbeitsbehandlung geeignet.

Es ist falsch, wenn, wie es oft geschieht, den Kranken, ohne daß er irgendwie mit dem betreffenden Handwerkszeug vertraut ist, ein Spaten oder eine Hacke in die Hand gedrückt wird, damit er die beliebte Gartenarbeit verrichte. Eine „Beschäftigung“ ist aber noch keine „Arbeitsbehandlung“.

Man sollte die Arbeitsbehandlung in Heilstätten verrichten, in denen unter gewissen Bedingungen die Arbeit ein wesentliches Kurmittel ist. Dies können Lungenheilstätten, Heilanstalten für Nervenkranke, Trinkerheilstätten sein, jedoch ist die beste Lösung die, in besonderen Arbeitsheilstätten diese Behandlung durchzuführen. Die vom Verfasser geleitete Heilstätte gilt ihm danach nicht für besonders geeignet. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die durch einen Selbstmordversuch verursachte Invalidität begründet nur dann Rentenanspruch, wenn der Versuch dem Versicherten nach seinem geistigen Zustand zuzurechnen ist. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. Dezember 1915.

. . . Der Kläger litt nach dem Gutachten des Sachverständigen an Nervenschwäche, besonders Herzneurose. Nach einem Berichte der Gefängnisverwaltung vom 10. Mai 1904 ist bei dem Kläger auch im Dienste wiederholt Aufgeregtheit bemerkt worden. Endlich soll nach diesem Bericht eine Schwester des Klägers im Irrenhause gestorben sein. Aus den Akten ergibt sich, daß der Kläger ein jährliches Diensteinkommen von 1500 M. gehabt hat und daß seine Familie aus Frau und fünf Kindern bestand. Er ist häufig wegen dienstlicher Verfehlungen bestraft worden und hat, anscheinend infolge leichtfertigen Lebens, Schulden gehabt.

Schon im allgemeinen liegt bei Personen, die in selbstmörderischer Absicht Hand an sich legen, die Vermutung nahe, daß sie unter dem Einfluß geistiger Entartung und Schwäche stehen. Infolgedessen fehlt es ihnen meist an der Fähigkeit, ihre Lage richtig zu beurteilen und die Wege zu erkennen, die sie durchs Leben führen. Vielfach wird dazu das geistige und seelische Leben dieser Personen durch Mangelhaftigkeit ihres Gesundheitszustandes oder durch die äußeren Umstände, von denen sie dauernd oder augenblicklich beherrscht werden, derart gestört, daß sie als geisteskrank anzusehen sind und daß ihnen daher ihr Handeln nicht zugerechnet werden kann. Der Kläger war nach den Akten ein nervenschwacher, reizbarer Mensch von geringer innerer Festigkeit, er stand unter dem Drucke mißlicher wahrscheinlich durch seine Haltlosigkeit herbeigeführter wirtschaftlicher Verhältnisse, und es ist daher keineswegs ausgeschlossen, daß er den Selbstmordversuch in geistiger Gestörtheit begangen hat. Nach dieser Richtung ist der Sachverhalt nicht genügend aufgeklärt; deshalb war unter Aufhebung des angefochtenen Urteils die Sache zur weiteren Erörterung und neuen Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Bestimmt eine Kassensatzung, daß versicherungsfreien Ehefrauen der Mitglieder, abgesehen von einer Geldunterstützung, lediglich die erforderliche Geburtshilfe zu gewähren ist, so sind darunter auch Hebammendienste zu verstehen. Revisions-Entscheidung des Reichversicherungsamts vom 11. März 1916.

Die Entscheidung, ob der Kläger auf Grund der Ziff. a noch weitere 10 M. beanspruchen kann, hängt hiernach, wie auch die Vorinstanzen zutreffend annehmen, davon ab, ob unter erforderlicher Geburtshilfe lediglich die Tätigkeit des Arztes oder auch diejenige der Hebamme zu verstehen ist. Das Reichsversicherungsamt hat letzteres angenommen. Es ist zunächst nicht zutreffend, daß nach dem allgemeinen Sprachgebrauche Hebammendienste nicht der Geburtshilfe zugerechnet werden. Die allgemeine Verfügung des königl. preußischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 6. August 1883, betr. das Hebammenwesen (Min.-Bl. der inn. Verw. S. 211), sagt z. B. in § 1, daß die gewerbliche Ausübung der geburtshilflichen Tätigkeit durch Frauen innerhalb des preußischen Staates nur den Hebammen zusteht. Diese Auffassung wird durch die Ausdrucksweise der Reichsversicherungsordnung bestätigt. Dort wird in § 198 von Hebammendiensten und ärztlicher Geburtshilfe gesprochen. Hiernach muß angenommen werden, daß beide Tätigkeiten unter den gemeinsamen Begriff Geburtshilfe fallen und daß bei der Geburtshilfe zwischen Hebammendiensten und ärztlicher Geburtshilfe zu unterscheiden ist. Auch ist die Annahme des Versicherungsamts willkürlich, daß die Kosten für die Hebammendienste aus der Unterstützung zu bestreiten seien, die nach Ziff. c im Falle der Entbindung der Ehefrau gewährt wird. Näher liegt es anzunehmen, daß dieser Betrag als Beihilfe zu den Pflegekosten der Wöchnerin und des Neugeborenen gedacht ist. Hiernach war die Kasse nicht berechtigt, die vom Kläger erhobene Forderung von 10 M. zurückzuweisen. Dagegen ist sie zum Ersatze weiterer 80 Pf. für Portokosten nicht verpflichtet, da Geldleistungen grundsätzlich bei der Krankenkasse abzuholen und sonstige erstattungspflichtige Kosten nicht nachgewiesen sind.

E. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Ruhr.

Ueber Schwierigkeiten bei der serologischen Diagnose der Shiga-Kruse-Ruhr und über Modifikationen der Technik der Agglutination. Aus dem Königl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" (Abteilungsvorsteher: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neufeld). Von Dr. O. Schiemann. Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 39.

Die neueren Erfahrungen während des Krieges haben gezeigt. daß im Serum Typhusgeimpfter häufig Mitagglutinine auch für Shiga-Kruse-Ruhrbazillen auftraten. Der Wert einer positiven Agglutination von Shiga-Kruse-Ruhrbazillen mit dem Serum verdächtiger Krankheitsfälle ist dadurch erheblich herabgesetzt. Bei Prüfung einer größeren Anzahl von Patientensera

konnte Verfasser feststellen, daß höchstens in einer Verdünnung von 1 : 100 eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Shiga-Ruhr zu stellen ist. Nun verdient eine neue Form der Reaktion, nämlich die Beobachtung der grobklumpigen Agglutination, großes Interesse. Diese Reaktion ist bei echten Shiga-Kruse-Ruhrinfektionen fast stets zu finden. Auch Schiemann konnte unter 23 mit 3 stark agglutinierenden Patientensera geprüften Shiga-Kruse-Stämmen bei 21 das Phänomen der grobklumpigen Agglutination, wenn auch in verschiedenem Grade, feststellen; in den beiden anderen Fällen wurde nur eine feinkörnige Agglutination erzielt. Es bedarf für diese Reaktion der Auswahl besonderer Stämme, mit deren Hilfe es gelingt, sie zu erzielen; das Optimum lag bei der Verdünnung 1 : 50. Zur Anstellung der Probe darf das Reagenzglas nicht geschüttelt, sondern nur leise bewegt werden. Die Hauptkennzeichen der groben Agglutination sind die außerordentliche Größe, die unregelmäßige Form und verschiedenartige Korngröße der agglutinierenden Partikel. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Bakteriologie und Aetiologie der Ruhr. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Karl Sternberg, Präses einer Salubritätskommission. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 40.

Das starke Mißverhältnis zwischen der Zahl der positiven Dysenteriebazillenbefunde und der durchgeführten Untersuchungen findet im Felde seine Erklärung zunächst in der großen Hinfälligkeit der Ruhrbazillen. Je früher die Proben nach der Defäkation entnommen und je rascher sie verarbeitet werden, um so größer ist die Zahl der positiven Befunde. Auch das Alter der Fälle ist von großer Bedeutung. Im Beginne der Erkrankung werden mehr Bazillen ausgeschieden, als später; in subakuten und chronischen Fällen wurden sie nur intermittierend ausgeschieden. Ferner kommt die Methodik und die Art des Materials in Betracht. Nun werden viele Fälle wegen Ruhrverdachtes in Isolierstationen abgegeben, die sich später in anderer Weise aufklären. Unter dem Zwang der Kriegsverhältnisse hat sich im Laufe der Zeit folgende Methodik ausgebildet: Gehäufte Diarrhoen, namentlich blutigschleimige Abgänge begründen den Verdacht auf Ruhr; jeder Brechdurchfall wird als Choleraverdacht und jede unklare fieberhafte Erkrankung als Typhusverdacht abgeschoben. Gar mancher Typhusverdacht erweist sich nachher als Appendicitis oder als Malaria; die isolierten Fälle von Choleraverdacht klären sich in der Regel als akute Gastroenteritiden, Paratyphen oder Dysenterien auf; unter den Fällen von Ruhrverdacht finden sich Paratyphen, meist Paratyphus B, vereinzelt auch Paratyphus A. Tatsächlich kann das klinische Bild der Ruhr, d. h. einer akuten hämorrhagischen Enteritis durch Paratyphusbazillen und durch Streptokokken erzeugt werden. Für das ätiologisch und pathologisch-anatomisch gut charakterisierte Krankheitsbild der Dysenterie empfiehlt der Autor diesen Namen zu reservieren, während er die übrigen, klinisch ähnlichen Fälle als symptomatische Ruhr zusammenfaßt. Von den Schädigungen, die hierzu Anlaß geben, hebt er hervor: Starke Strapazen, Erkältungen, Durchnässungen, Unregelmäßigkeiten der Nahrungsaufnahme; Genuß von unreifem Obst, von Schneewasser, das in vielen Stellungen die einzig erreichbare Wasserspende gebildet hat. Es handelt sich hier meist um nicht infektiöse Enteritiden; bei kleinen geschlossenen Abteilungen konnte man wiederholt die Beobachtung machen, daß nur ein geringer Prozentsatz erkrankte. — Kliniker und Bakteriologen müssen weiterhin zusammenarbeiten, um die Unterscheidung und Abgrenzung der verschiedenen Formen syptomatischer Ruhr, sowie der echten Dysenterie zu ermöglichen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ruhr- und Ruhrbehandlung. Von Prof. E. Mayer-Berlin (zurzeit im Felde). Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 39 und 40.

Es wird über zahlreiche Erkrankungen von Ruhr berichtet, die sich in zwei verschiedenen Gruppen abspielten und ein ganz verschiedenes Krankheitsbild darboten. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Truppen, die nach völliger Winterruhe im Mai 1915 in Ostpreußen erkrankten, bei der zweiten Gruppe waren die Erkrankten Soldaten, die große Anstrengungen im Herbst 1915 in Rußland hinter sich hatten. Die erste Gruppe betrifft Krankheitsfälle

mit dem Charakter der gewöhnlichen gastrointestinalen Katarrhe, die Fälle der zweiten Gruppe weisen das geschlossene Bild der typischen Ruhr auf. Das bewiesen die schweren typischen Fälle, die auf spezifisches Serum vortrefflich reagierten. Wenn auch nach dem Fehlen der Ruhrbazillen bei der Sektion trotz anatomisch echter Ruhr, wie es manchmal beobachtet wurde, die Vermutung nahe liegt, daß zuweilen auch andere Erreger (Paratyphus, Streptokokken u. a.) ein ähnliches Krankheitsbild hervorrufen können, so lehren die hier gemachten Erfahrungen doch, daß die ätiologisehe Rolle spezifischer Ruhrbazillen festzuhalten und die Diagnose in erster Linie auf die klinische Beobachtung zu gründen ist. Die spezifische Behandlung der Ruhrinfektion wird empfohlen. Frühzeitige Anwendung ist Vorbedingung, auch müssen große Dosen gegeben werden. Der übrige Teil der Behandlung darf aber nicht vernachlässigt werden. Der Prophylaxe ist durch Isolierung der Bazillenträger und deren hygienische Regelung, durch geeignete Kost und Unterkunft sowie durch passive Schutzimpfung, Rechnung zu tragen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

2. Geschlechtskrankheiten und Bekämpfung der Prostitution.

Eigentümliche Folgen einer intramuskulären Salvarsaninjektion. Von Prof. Dr. R. Polland-Graz. Wiener klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 42.

Das Salvarsan zeichnet sich, wie die Beobachtung bei allen Salvarsannekrosen lehrt, dadurch aus, daß es die Bildung polynukleärer Leukozyten vollständig verhindert. Zum Teil ist dies durch die starke bakterizide Kraft des Salvarsans bedingt, welche die Entwicklung irgendwelcher eitererregender Mikroorganismen nicht zuläßt. Da wir aber bei vielen Prozessen eine aseptische demarkierende Eiterung kennen, die manchmal sehr beträchtlich sein kann, so muß bei der Salvarsannekrose doch noch eine besondere, rein chemische Eigenschaft des Salvarsans im Spiele sein, die auf die Eiterzellen negativ chemotaktisch wirkt und es bewirkt, daß Gewebszellen, in denen sich ein Salvarsandepot befinden, von Leukozyten geradezu gemieden werden. Diese Eigenschaft kommt auch anderen Arsenverbindungen zu und wird in der Technik der Konservierung mit Vorteil ausgenutzt.

Eine Patientin hatte vor 2 Jahren in Berlin eine Salvarsaninjektion in die Glutaealmuskulatur bekommen. Ein nußgroßer Gewebsnekron hatte sich in vielen Wochen unter Hinterlassung einer großen trichterförmig eingezogenen Narbe abgestoßen. Der nekrotische, aseptische Abszeß führte zur Bildung einer Hautfistel, durch die sich ein Teil des Gewebes abstieß, ferner zur Bildung eines aseptischen, „kalten" Senkungsabszesses. Die Sonde passierte 14 cm tief einen weiten Gang, der sich zu einem flachen Hohlraum erweiterte.

Heilung unter Pinselung der Fistelöffnung mit Lapislösung.

Dr. Mayer-Simmern.

Fürsorge für die aus dem Felde heimkehrenden geschlechtskranken Eisenbahner. Von Dr. Herrnberg-Berlin. Zeitschrift für Bahnärzte; 1916, Nr. 11.

1. Alle Geschlechtskrankheiten müssen durch die Fürsorge gefaßt werden.

2. Die Absonderung in Spezialinstituten vor der Entlassung ist nicht gut durchzuführen.

Dr. Wolf-Hanau.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Arbeiten der vom ärztlichen Verein München eingesetzten Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Ref. Prof. Dr. v. Zumbusch und Geh. Hofrat Dr. Dyrott. Münchener Med. Wochenschrift; 1916, S. 1692.

Im wesentlichen werden Meldepflicht und Behandlungszwang vorgeschlagen. Die Meldepflicht soll gegebenen Falles auch auf die Kurpfuscher ausgedehnt werden, wenn das Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher nicht zu erreichen ist.

Nach den Erfahrungen des Ref. bei den bereits meldepflichtigen Krankheiten ist die Meldepflicht der Kurpfuscher lediglich eine Papiervorschrift. Die amts-

ärztliche Erfahrung muß entschieden das Verbot der Behandlung aller Geschlechtskrankheiten, auch solcher nicht infektiöser Natur durch Kurpfuscher als allein wirksam verlangen.

Auch eine Zwangsuntersuchung verdächtiger Personen wird von den Münchener Kollegen verlangt. Die Einweisung in eine Heilanstalt wird gefordert in Fällen, in denen die Behandlung nicht gesichert ist.

Dr. Graßl-Kempten.

---

3. Desinfektion.

Fahrbare Entseuchungsmaschinen. Der prakt. Desinfektor; 1916, H. 11.

Für den Eisenbahnbetrieb wird hier der von der Firma Gebr. Körting A.-G. gebaute fahrbare Desinfektionsapparat empfohlen, der sich aber auch für Schlachthäuser, Krankenhäuser, Stallungen usw. eignet, z. B. auch für alle Betriebe, in denen große Behälter, Fahrzeuge, Räume, Plätze regelmäßig im größeren Umfange zu entseuchen sind.

Dr. Wolf-Hanau.

Das Ausschwefeln von Räumen. Von Dr. Schmid. Der praktische Desinfektor; 1916, Nr. 11.

Der Verfasser beschreibt das von Prof. Dr. Graßberger-Wien empfohlene Verfahren, bet. Ausschwefeln von Ungeziefer mittels Stangenschwefel, Schwefelkohlenstoff, Salforkose und Formakosin. Dr. Wolf-Hanau.

Zur Bekämpfung der Läuseplage. Von Chemiker Dr. L. Kaufmann-Berlin-Wilmersdorf. Berliner klinische Wochenschrift; 1916, Nr. 42.

Das Sulfoform, ein neues Schwefelpräparat, das in Lösung auf dem Körper eingerieben wird (20—25 ccm pro Person), hat nach Versuchen im Felde und im Berliner Asyl für Obdachlose zu einer raschen Körperentlausung geführt. Oft genügt eine einzige Einreibung. Einer Verwendung im großen Maßstab steht zurzeit die Knappheit der in Betracht kommenden Materialien im Wege. Dr. Solbrig-Königsberg.

F. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Die Wohnungsverhältnisse in Stadt und Land. Dargestellt nach den Ergebnissen der sächsischen Wohnungsstatistik von Dr. Oskar Kürten-Dresden. Conrads Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik; 107. Bd., S. 347.

Wohnungsaufnahmen größeren Umfangs wurden in Sachsen 1904, 1905 und 1910 vorgenommen. Während in den 4 sächsischen Großstädten (Dresden, Leipzig, Chemnitz, Plauen) zusammen die Eigentümerwohnungen nur 6,9 % aller bewohnten Wohnungen ausmachen, beträgt ihre Anzahl in den Mittelstädten 17,1 % und in den Kleinstädten 21,6 %. Hinsichtlich der Wohndichtigkeit liegen die Verhältnisse in den kleineren Orten nicht günstiger als in den größeren Städten. Es sind überwiegend industriell durchsetzte Gemeinden, in denen die Wohndichtigkeit eine verhältnismäßig hohe ist; es läßt sich jedoch hinsichtlich der Wohndichtigkeit und der Größenverhältnisse der Wohnungen eine Entwicklung zum Besseren nicht verkennen. Seit 1905 hat der Anteil der kleinen Wohnungen mit 1—2 Räumen und zum Teil auch der Anteil der Wohnungen mit 3 Räumen zugunsten der vier- und mehrräumigen Wohnungen abgenommen. Hinsichtlich der Abortverhältnisse stehen die kleinen ländlichen Orte ungünstiger da als die größeren Städte. Aber auch in den Großstädten sind noch 23—27 % aller bewohnten Wohnungen ohne Abort zur eigenen Benutzung. Dieser Prozentsatz steigt dann bis zu 46 % in den Landgemeinden und in den Industriedörfern auf 53,6 %. Besonders nachteilig tritt die Wirkung der Industrialisierung kleinerer Gemeinden auf die Wohnungsverhältnisse hervor. Der Hinweis auf die gesünderen Lebensbedingungen der Landbevölkerung mag nach Kürten für die Bewohner der rein ländlichen Gemeinden zutreffen, nicht aber für die Bewohner der Großstadtvororts- und Industriegemeinden, die tagsüber in Fabriken, Werkstätten und Schreibstuben beschäftigt sind. So sehr denn auch die in solchen Gemeinden häufig vorhandene innerhalb der Großstadt unmögliche Ausstattung der Wohnung mit kleinen Gartenflächen vom sozialethischen

und privatwirtschaftlichen Standpunkt zu begrüßen ist, so können dadurch allein nicht die schädlichen Wirkungen schlechter Wohnungsverhältnisse ausgeglichen werden.

Auch in Sachsen ist die Sitte des Aufnehmens familienfremder Personen in die Wohnung weit verbreitet. Den größten Umfang nimmt die Untervermietung naturgemäß in den Großstädten an. In Leipzig beherbergt fast jede vierte, in Plauen fast jede fünfte Wohnung familienfremde Personen. Demgegenüber tritt in den Mittel- und Kleinstädten und vollends in den Landgemeinden die Untervermietung fast ganz zurück nur in den Industriedörfern kommt sie wieder eher häufig vor; die Untervermietung in diesen kleineren Gemeinden tritt vorwiegend in ihrer ungünstigeren Form, nämlich in der des Schlafstellenwesens auf. Unter den Schlafleuten ist das weibliche Geschlecht stärker vertreten als das männliche. Auch die Erfahrung, daß Familienangehörige mit familienfremden Personen ihre Schlafräume teilen müssen, ist auf dem Lande keineswegs seltener anzutreffen als in den Städten. Ebenso findet sich eine Ueberfüllung der Schlafräume auf dem Lande nicht weniger häufig als in der Stadt.

Schon kann man vielfach beobachten, wie besonders in den großstadtnahen ländlichen Gemeinden der Flachbau dem Etagenhaus weichen muß. Es steht zu befürchten, daß die Aufwärtsbewegung der Mietpreise nunmehr beginnt, auf die mittleren und kleineren Orte überzugreifen. Was die hygienisch-technische Einrichtung der Wohnungen anlangt, so ist in dieser Hinsicht die Stadtbevölkerung der Landbevölkerung in vielen Stücken überlegen. Am günstigsten sind die Verhältnisse noch da, wo die Bewohner noch überwiegend der landwirtschaftlichen und verwandten Erwerbsarten nachgehen. Hier wird durch die gesunde Berufstätigkeit und Lebensführung noch am ersten ein Ausgleich gegen die vorhandenen Mängel der Wohnungshygiene geschaffen. Wo aber die Bevölkerung mehr oder weniger in der Industrie oder in der Heimarbeit tätig ist, da fehlt ein solch wohltätiger Ausgleich vollkommen. Nur die aus neuerer Zeit stammenden Wohnungen sind gewöhnlich geräumiger und gesünder; doch nimmt die Bevölkerung nicht selten ihre alten schlechten Wohnsitten in die neuen guten Wohnungen hinein.

Was hier für die sächsischen Zustände ausgeführt ist, das dürfte auch für andere Gebiete Deutschlands zutreffen. Angesichts dieser Verhältnisse ist es dringend notwendig, der Wohnungsfrage und der Siedlungspolitik auf dem platten Lande größere Aufmerksamkeit zuzuwenden, als es bisher geschehen ist, zumal die Bestrebungen zur Dezentralisierung des Siedlungswesens eine greifbare Form annehmen. Dr. Hanauer-Frankfurt a. M.

---

2. Nahrungsmittelhygiene.

Vergleichende Untersuchungen von Brühe, die aus zerschlagenen und gemahlenen Knochen hergestellt ist. Von Marine-Oberstabsapotheker Dr. Otto Gottheil. Münchener med. Wochenschrift; Feldärztliche Beilage, Nr. 46, S. 1647.

Die vom Verfasser angestellten Untersuchungen haben zu folgenden beachtungswerten Ergebnissen geführt:

1. Durch die Mahlung der Knochen wird die Auflösung der für die Ernährung wichtigen Stoffe ganz bedeutend erhöht, nämlich von Fett rund 2—5 mal, von Stickstoffsubstanz (Leim) 4—6 mal.

2. Die Röhrenknochen geben in zerschlagener Form nur wenig Leim in kochendes Wasser ab.

3. Der Stickstoffsubstanzgehalt ist in Brühe ausgemahlenen Rippenknochen doppelt so groß, als in der aus Röhrenknochen.

4 Die Beschaffung von Knochenmühlen ist bei der Verwendung großer Knochenmengen (z. B. in Krankenanstalten usw.) zur Erhöhung des Nährwertsgehaltes der Brühe sehr zu empfehlen. Rpd.

---

3. Gewerbehygiene.

Genehmigungspflichtige Anlagen. Von Gewerberat Dr. Mansfeld-Frankfurt a. M. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1916, Nr. 10—11.

Am Schluß seiner Betrachtungen wägt Verfasser nochmals Befugnisse und Rechte gegeneinander ab, die dem Unternehmer auf der einen Seite und

dem Anlieger und der Polizei auf der anderen Seite zukommen; es ergibt sich, daß dem Unternehmer mit der zwar umständlichen Erlangung der Konzession tatsächlich diejenigen Befugnisse eingeräumt werden, die ihm nach der Zweckbestimmung der gesetzlichen Vorschriften zugestanden werden sollen und die sich zusammenfassen lassen mit den Worten: Gewährung unanfechtbarer Rechtsunterlage für die Ausübung des konzessionierten Betriebes nach Maßgabe der dafür erteilten Konzession. Dr. Wolf-Hanau.

---

4. Schulhygiene.

Sommerszeit und Schulanfang. Von Dr. Langerhans. Der Schularzt; 1916, Nr. 10.

Verfasser vertritt die Ansicht, daß die hier und da geäußerten Bedenken gegen die Beibehaltung der Sommerszeit für später unberechtigt seien. Das Schulkind habe auch bei der Sommerzeit hinreichend Zeit zum Ausschlafen, das frühe Aufstehen sei sogar allgemein von Vorteil. Da der Schulanfang zahlreiche Personen zum Tagesanfang zwinge, werde die Folge sein, daß der am Abend verlängerten Vergnügungszeit und einer Verspätung des Arbeitsanfangs vorgebeugt werde. Zum Wiederaufbau zerstörter Werke sei eine Ausdehnung der Arbeitszeit mit Verkürzung der Vergnügungszeit auch nach dem Kriege durchaus geboten. So ergibt sich die Forderung, auch nach Friedensschluß den Frühbeginn des Schulunterrichts beizubehalten.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Moderne Sexualpädagogik. Von San.-Rat Dr. Sonnenberger-Worms. Der Schularzt; 1916, Nr. 9.

Es wird über die neuere Literatur übersichtlich berichtet und die moderne sexuelle Pädagogik, deren Bestrebungen übrigens schon weit zurückliegen (Salzmann Ende des 18. Jahrhunderts u. a.), als eine durchaus notwendige Schuldisziplin hingestellt. Verfasser schließt sich besonders den von dem verdienstvollen Tonton aufgestellten Thesen über sexualpädagogische Vorträge und Fragen, die im Wortlaut wiedergegeben werden, an und erwähnt den bekannten von Bissingschen Antrag im Preußischen Herrenhaus auf Einführung der Geschlechtskunde als pflichtmäßiges Lehrfach an Hochschulen und allen Schulen. Die in engem Zusammenhang mit dieser Frage stehende alkoholfreie Erziehung unserer Jugend und die nötige Aenderung der Trinkerunsitten wird gebührend betont.

An Worten über die Bedeutung dieses Unterrichts von berufenster Seite fehlt es gewiß nicht. Hoffen wir, daß die Taten bald folgen werden!

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

---

5. Statistik.

Aus der Bevölkerungsstatistik der europäischen Länder vor dem Weltkriege. Statistische Korrespondenz; 1916.

Das preußische Statistische Landesamt teilt nach „Otto Hübners geographisch-statistischen Tabellen aller Länder der Erde für 1914“ die wichtigsten Ergebnisse in einer vergleichenden Uebersicht mit, die in Zählungen in fast sämtlichen Staaten Europas mehr weibliche als männliche Personen ergeben. Auf 1000 Männer kommen in Portugal 1107 Frauen, in Norwegen 1099, in Großbritannien und Irland 1061, in Dänemark 1058, in Spanien 1049, in Schweden 1046, in der Schweiz 1031, in Oesterreich 1030, im Deutschen Reiche 1026, in Rußland (hier und im nachstehenden ohne Finnland) gleichfalls 1026, in Frankreich 1022, in Ungarn 1019, in den Niederlanden 1016, in Finnland 1012, in Italien 1010 und in Belgien 1002. Nur in einigen südöstlichen Ländern sind die Frauen in der Minderheit. So zählt auf 1000 Männer Bosnien nur 908 Frauen, Griechenland 921, Serbien 936, Rumänien 968. Wieweit hier Wanderungen mitsprechen, ist nicht festgestellt; in den Vereinigten Staaten von Amerika, deren Ziffer sich auf 952 berechnet, sind sie jedenfalls von größtem Einfluß.

Verhältnismäßig die meisten Ehen werden in Serbien geschlossen, jährlich etwa 102 auf 10000 Köpfe. Dann folgen Bosnien mit 100, die Vereinigten Staaten von Amerika mit 97, Rußland mit 96, Griechenland mit 88, Ungarn

und Rumänien mit je 86, Belgien mit 81, Deutschland und Frankreich mit je 79, die Niederlande mit 78, Oesterreich und Italien mit je 76, Großbritannien und Irland mit 75, die Schweiz mit 74, Dänemark mit 73, Spanien und Portugal mit je 71, Norwegen mit 62, Finnland mit 60 und Schweden mit 59 Ehen. Anspruchslosigkeit begünstigt die Eheschließung, und Armut ist nur bei höher stehenden Völkern, die das volle Verantwortlichkeitsgefühl besitzen, ein Hindernis. Es ist also aus den Eheziffern an sich kein Schluß auf die sonstigen Verhältnisse zu ziehen.

Die Jahresziffer der Lebendgeborenen ist, auf 10000 der Bevölkerung gerechnet, in Rußland mit 468 am höchsten und in Frankreich mit 190 am niedrigsten. Dazwischen stehen Rumänien, Bosnien und Portugal mit 434, 414 und 395, Serbien, Ungarn und Italien mit 381, 363 und 324, Oesterreich, Spanien und Finnland mit 315, 312 und 291, Griechenland, Deutschland und die Niederlande mit 288, 283 und 280, Dänemark, Norwegen und die Schweiz mit 267, 254 und 241, Schweden, Großbritannien mit Irland und Belgien mit 240, 239 und 226. — Bei den Sterbefällen steht Rußland, seiner hohen Geburtsziffer entsprechend, mit 298 im Jahre auf 10000 der Bevölkerung gleichfalls an erster Stelle; dann folgen: Bosnien (274), Ungarn (233), Spanien (232), Rumänien (229), Portugal (225), Oesterreich (220), Serbien (211), Frankreich (175), Finnland (165), Schweiz (158), Deutschland (156), Belgien (148), Großbritannien und Irland, Italien (je 142), Griechenland (139), Schweden (138), Norwegen (134), Dänemark (130), die Niederlande (120).

Werden die Länder nach der Höhe des Ueberschusses der Geburten über die Sterbefälle geordnet, so erhält man folgende Zusammenstellung:

Länder	Lebendgeborene	Gestorbene	Ueberschuß der Lebendgeborenen
	im Jahre auf 10000 Köpfe		
Rumänien	434	229	205
Italien	324	142	182
Rußland	468	298	170
Serbien	381	211	170
Portugal	395	225	170
Niederlande	280	120	160
Griechenland	288	139	149
Bosnien	414	274	140
Dänemark	267	130	137
Ungarn	363	233	130
Deutsches Reich	283	156	127
Finnland	291	165	126
Norwegen	254	134	120
Schweden	240	138	102
Großbritannien und Irland	239	142	97
Oesterreich	315	220	95
Schweiz	241	158	83
Spanien	312	232	80
Belgien	226	148	78
Frankreich	190	175	15

Hiernach ist die natürliche Zunahme Deutschlands acht- bis neunmal so groß wie die Frankreichs.

Die wirkliche Volkszunahme wird durch den Geburtenüberschuß und durch Wanderungen bestimmt. Uebertrifft, wie in den meisten Ländern, die Auswanderung die Einwanderung, so ist die wirkliche Zunahme kleiner als der Geburtenüberschuß und umgekehrt. Sind die Unterlagen der benutzten Quelle, die Zählungen der einzelnen Länder, einwandfrei, so ergeben sich nachstehende Ziffern für die wirkliche Volkszunahme und den Einfluß der Wanderungen:

Länder	Geburtenüberschuß	Wirkliche Volkszunahme [1])	Volkszunahme gegen Geburtenüberschuß
	im Jahre auf 10000 Köpfe		
Italien	182	63	— 119
Portugal	170	86	— 84
Griechenland	149	71	— 78
Norwegen	120	60	— 60
Rumänien	205	150	— 55
Ungarn	130	81	— 49
Schweden	102	72	— 30
Spanien	80	51	— 29
Niederlande	160	138	— 22
Bosnien	140	125	— 15
Dänemark	137	126	— 11
Serbien	170	160	— 10
Großbritannien und Irland	97	87	— 10
Oesterreich	95	88	7
Frankreich	15	18	+ 3
Deutsches Reich	127	136	+ 9
Finnland	126	138	+ 12
Belgien	78	103	+ 25
Rußland	170	210	+ 40
Schweiz	83	124	+ 41

Den größten Zuwachs durch Wanderungen haben hiernach die Schweiz und Rußland, den größten Verlust Italien und Portugal. Beim Deutschen Reich, das in früheren Jahrzehnten (hauptsächlich vor 30—40 Jahren) durch Auswanderungen beträchtliche Verluste erlitten hatte, sind jetzt die Einwanderungen bedeutender als die Auswanderungen.

(Reichs- und Staatsanzeiger.)

Besprechungen.

Dr. W. Prausnitz, o. Professor der Hygiene, Vorstand des hygienischen Instituts der Universität und der staatlichen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel in Graz: **Grundzüge der Hygiene.** Zehnte erweiterte und vermehrte Auflage. Mit 278 Abbildungen. München 1916. Verlag von J. P. Lehmann. 8°, 725 S. Preis: geb. 13 M.

Das in erster Linie für Studierende der Medizin bestimmte und in diesen Kreisen allgemein beliebte Lehrbuch ermöglicht auch den auf hygienischem Gebiete tätigen Aerzten, namentlich den ärztlichen Gesundheitsbeamten, sich leicht und rasch über theoretisch Begründetes und praktisch Erprobtes zu unterrichten. Insbesondere gilt dies von der vorliegenden Ausgabe, bei der Verfasser auch die in seiner Stellung als Oberstabsarzt während der Kriegszeit auf dem Gebiete der übertragbaren Krankheiten gemachten reichen Erfahrungen zur Ergänzung und Erweiterung der einschlägigen Abschnitte mitverwertet hat. So ist z. B. die jetzt so wichtige Frage der Uebertragung derartiger Krankheiten durch Ungeziefer und die Ungeziefervertilgung in einem besonderen Abschnitt behandelt. Aber auch alle anderen Abschnitte haben unter Beibehaltung der bisherigen bewährten Bearbeitung des Stoffes eine dem neuesten Stande der Wissenschaft entsprechende Umarbeitung erfahren. Die Jubiläumsauflage des Werkes — es ist vor 25 Jahren zum ersten Male erschienen — verdient deshalb in den beiden engverbündeten Reichen Mitteleuropas in noch höherem Maße eine freundliche Aufnahme und weite Verbreitung, als die vorausgegangenen gefunden haben. Rpd.

[1]) Unterschied zwischen den Ergebnissen der beiden letzten Zählungen im Jahresdurchschnitt.

Professor Dr. L. Brauer, Aerztlicher Direktor des Eppendorfer Krankenhauses in Hamburg: **Deutsche Krankenanstalten für körperlich Kranke.** Zwei Bände. Mit 961 Tafeln, Abbildungen und Plänen. Halle a. d. Saale 1917. Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold. Gr. 4°. 453 und 460 S. Preis: je 18 M. für den Band.

Das Werk bildet die erste Abteilung des in dem rührigen Verlag erschienenen Sammelwerkes: Die Anstaltsfürsorge für körperlich, geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild" und bringt eine reiche Sammlung von Krankenanstalten für körperlich Kranke, die durch die beigefügten zahlreichen Abbildungen, Grundrisse und Pläne für die beteiligten Kreise besonders wertvoll ist und namentlich beim Bau von Krankenhäusern als geeignete Unterlage benutzt werden kann, zumal vielfach recht ausführliche Baubeschreibungen beigegeben sind, in denen auch die Kostenfrage berücksichtigt ist. Rpd.

Tagesnachrichten.

Das vom Reichstage angenommene **Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst** (s. Nr. 23 dieser Zeitschrift, S. 719) ist nach erfolgter Zustimmung des Bundesrats von Sr. Majestät dem Kaiser am 5. M. vollzogen und am Tage seiner Verkündung im Reichsgesetzblatt am 6. d. M. in Kraft getreten. Der Wortlaut des Gesetzes ist in der Beilage zur heutigen Nummer der Zeitschrift (s. S. 199) abgedruckt.

Im Anschluß an den Erlaß dieses Gesetzes hat Se. Majestät der Kaiser und König ein **Verdienstkreuz für Kriegshilfe** gestiftet, das nach § 2 der Stiftungsurkunde vom 5. d. M. ohne Unterschied des Ranges und Standes an Männer und Frauen verliehen werden soll, die sich im vaterländischen Hilfsdienst (§ 2 des Reichsgesetzes vom 5. Dezember 1916) besonders ausgezeichnet haben, jedoch soll es betreffs der Verdienste um die Krankenpflege im Dienste des Roten Kreuzes und der ihm verwandten Aufgaben bei der Verleihung der dafür bestimmten Auszeichnung der Roten Kreuzmedaille verbleiben. Das Verdienstkreuz besteht aus einem aus Kriegsmetall hergestellten achtspitzigen Kreuz mit einem Mittelschild, das auf der Vorderseite die Inschrift „Für Kriegshilfsdienst" und auf der Rückseite den gekrönten Namenszug des Kaisers trägt. Es wird an einem weißen, sechsmal schwarz gestreiften Bande mit rotem Vorstoß getragen und verbleibt beim Tode des Inhabers im Besitze der Angehörigen.

Die **Einkleidungsbeihilfe für Unterärzte** ist nach dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums vom 29. Oktober d. J. bei mobiler Verwendung von 300 auf 225 M., bei immobiler Verwendung von 400 auf 275 M. herabgesetzt. Die Anordnung ist mit dem Tage des Bekanntwerdens des Erlasses in Kraft getreten.

Das **preussische Abgeordnetenhaus** hat sich in seinen Sitzungen am 5. und 6. d. M. mit der **Ernährungsfrage** sehr eingehend beschäftigt. Allgemein kam die Ueberzeugung zum Ausdruck, daß wir mit den vorhandenen Nahrungsmitteln bei richtiger Verteilung und entsprechender Einschränkung auskommen würden. Gegen den leider noch immer vorhandenen schamlosen Wucher mit Lebensmitteln müsse mit aller Strenge vorgegangen werden. Die von dem Haushaltungsausschuß gemachten Vorschläge (s. Nr. 23 dieser Zeitschrift, S. 719) wurden ohne Widerspruch angenommen.

Auch das **preussische Herrenhaus** hat am 6. d. M. die **Ernährungsfrage** der Besprechung unterzogen und dem Antrage des Ausschusses entsprechend beschlossen, die Königliche Staatsregierung aufzufordern, im Bundesrat dahin zu wirken, daß bei allen behördlichen Anordnungen für die Volksernährung in Zukunft mehr als bisher die Erzeugung von Lebensmitteln berücksichtigt werden.

Dem **preussischen Abgeordnetenhause** ist der Entwurf **eines Wohnungsgesetzes** vorgelegt, der im großen und ganzen demjenigen entspricht,

der bereits im Jahre 1913 eingebracht war (s. Anlage A des offiziellen Berichts über die XXIX. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins vom 25. April 1913); namentlich gilt dies betreffs seiner ersten vier Artikel über Baugelände, baupolizeiliche Vorschriften, Benutzung der Gebäude und Wohnungsaufsicht. Von großer Bedeutung ist ferner, abgesehen von manchen Aenderungen und Ergänzungen der Bestimmungen über Baugelände, die keine gesundheitliche Frage berühren, nur die Beschränkung der Wohnungsaufsicht insofern, als in dem früheren durch Anordnung der Aufsichtsbehörde auch für alle Gemeinden unter 100000 Einwohner die Einrichtung eines Wohnungsamtes oder die Anstellung in besonders geeigneter Weise vorgebildeter beamteter Wohnungsaufseher vorgeschrieben werden konnte, während jetzt nur für Gemeinden von mehr als 50000—100000 Einwohner die Errichtung eines Wohnungsamts und für solche von 10000—50000 die Anstellung eines Wohnungsaufsehers verlangt werden kann. Ganz neu hinzugekommen sind als Artikel 5 gemeinsame Vorschriften für die Wohnungsordnungen und die Wohnungsaufsicht, die insbesondere Bestimmungen darüber enthalten, welche Wohnungen den Wohnungsordnungen und der Wohnungsaufsicht unterliegen sollen. Danach solle sich diese erstrecken 1. auf Wohnungen, die einschließlich Küche aus vier oder weniger zum dauernden Aufenthalt von Menschen bestimmten Räumen bestehen (also sogenannte Kleinwohnungen), 2. auf größere Wohnungen, in denen nicht zur Familie gehörige Personen gegen Entgelt als Zimmermieter, Einlieger oder Schlafgänger aufgenommen werden, 3. auf Wohn- und Schlafräume für Dienstboten oder Gewerbegehilfen, 4. auf Winterwohnungen im Keller oder in einem nicht voll ausgebauten Dachgeschosse sowie 5. auf Ledigenheime und Arbeiterlogierhäuser. Neu ist endlich auch Artikel 6 über die Bereitstellung staatlicher Mittel — zwanzig Millionen Mark — behufs Beteiligung des Staates mit Stammeinlagen bei gemeinnützigen Bauvereinigungen, sowie endlich die Schlußbestimmung, daß bei Anwendung der Vorschriften der Wohnungsordnungen und bei der Ausübung der Wohnungsausschuß das Interesse des Denkmal- und Heimatschutzes berücksichtigt werden, soweit nicht im Interesse der Gesundheit oder der Sittlichkeit entgegensteht.

Gleichzeitig ist dem Abgeordnetenhause auch noch der Entwurf eines Gesetzes wegen **staatlicher Verkürzung zweiter Hypotheken** (Bürgschaftssicherungsgesetz) vorgelegt, der insofern eine Ergänzung des Wohnungsgesetzentwurfes bildet, als er den Finanzminister ermächtigt, zwecks Förderung der Herstellung gesunder Kleinwohnungen die Bürgschaft für zweite Hypotheken des Staates bis 90% der Selbstkosten zu übernehmen, wenn diese mindestens 10 Jahre unkündbar sind und mit mindestens 1½% getilgt werden. Zu diesen Zwecken sollen zehn Millionen Mark zur Verfügung gestellt werden.

Ueber beide Gesetzentwürfe hat bereits am 9. d. M. die erste Lesung stattgefunden, in der sich die Redner sämtlicher Parteien im allgemeinen zustimmend äußerten. Die Entwürfe sind hierauf einem Ausschuß von 21 Mitgliedern überwiesen worden.

Behufs **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** sind jetzt fast sämtliche stellvertretende Generalkommandos einen Schritt weiter gegangen und haben durch Verordnungen — das Generalkommando in Münster i. W. z. B. durch Verordnung vom 25. November d. J. — bestimmt, daß Frauenspersonen, die gewerbsmäßig oder gewohnheitsgemäß den außerehelichen Geschlechtsverkehr ausüben, obwohl sie wissen oder dem Umstande nach annehmen müssen, daß sie geschlechtskrank sind, nach § 96 des Gesetzes über den Belagerungszustand vom 4. Juni 1851 mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft werden. Beim Vorliegen mildernder Umstände kann auf Haft oder Geldstrafe bis zu 1500 Mark erkannt werden. Ist ein Verfahren wegen Zuwiderhandlung gegen dieses Verbot eingeleitet, so hat sich die Beschuldigte einer Untersuchung durch einen Polizeiarzt oder einen sonstigen beamteten Arzt zu unterwerfen; im Weigerungsfalle findet die vorgenannte Strafbestimmung Anwendung.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Assistenzarzt d. Res. Dr. Barsieck-Berlin-Weissensee.
Stabsarzt d. Res. Dr. M. Bieberstein-Breslau.
Oberarzt d. Res. Dr. Hans Breymann-Schöppenstedt (Braunschweig).
Stabsarzt und Reg.-Arzt Dr. K. M. Brogsitter, früher in Fraustadt (Posen).
Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. G. E. Fuhrmann-Neukölln (Berlin).
Stabsarzt d. R. und Bat.-Arzt Dr. Edgar Hartmann-Berlin-Schöneberg.
Marinestabsarzt d. Res. Dr. Hegler.
Stabsarzt Dr. Max Hirsch-Berlin.
Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Isidor Hirschfelder-Crefeld.
Oberstabsarzt Dr. Hocheisen-Ulm.
Oberstabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Prof. Dr. Ernst Holzbach-Heidelberg.
Oberstabsarzt Dr. Kerksiek-Hildburghausen (Thüringen).
Oberstabsarzt Dr. Müller-Detmold.
Stabsarzt Dr. J. Ohlemann-Göttingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Paul Oloff-Auma (Thüringen).
Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. Ernst Pfeiffer-Stuttgart.
Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Pingel-Dresden.
Oberarzt d. Res. Dr. K. Schäffer-München.
Stabsarzt d. L. Dr. Schieffer-Sanatorium Bühlerhöhe (Baden).
Generalober- und Divisionsarzt Dr. Schuon-Ulm.
Stabsarzt d. Res. Dr. Theben-Münster i. W.
Oberarzt Dr. Ludwig Wiesner-Germersheim (Pfalz).
Stabsarzt d. R. Dr. W. A. Wiesemes-Mühlheim a Mosel (Rgbz. Trier).
Stabsarzt d. Res. und Bat.-Arzt Dr. Wullstein-Heudeber i. Harz.

Außerdem haben erhalten: den Bayerischen Militärverdienstorden IV. Klasse mit Schwertern: Med.-Rat Dr. Weber, Bezirksarzt in Kehlheim (Niederbayern) und Med.-Rat Dr. Weiß, Bezirksarzt in Miesbach (Oberbayern); — das Oesterreichische Ehrenzeichen II. Klasse mit Kriegsdekoration: der Oberstabsarzt d. Res. Dr. G. Rauh-Erding (Oberbayern).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben sind ferner:

Oberstabsarzt Dr. Benario-Frankfurt a. M. (gest. infolge von Krankheit).
Feldunterarzt W. Fricke-München-Gladbach (gestorben infolge von Krankheit).
Stabsarzt d. L. Dr. Richard Gaiser-Stuttgart (gestorben infolge von Krankheit).
Feldunterarzt C. Lehmann-Guben.
Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Lindemann-Gmünd (Württemberg).
Landsturmpflichtiger Arzt Dr. Maxim. Muthmann-Thorn.
Assistenzarzt d. Res. Dr. F. Posner-Breslau.
Stabsarzt d. Res Dr. Rudolf Schömann-Neustettin (Pommern) (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Karl Schloß-Mühlhausen (Thüringen).
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Max Schultze (gestorben infolge von Krankheit).
Assistenzarzt d. Res. Dr. Heinrich Spaich-Höpfigheim (Württemberg).
Generaloberarzt Dr. Volkmann-Graudenz.

Gefallen ist ferner: Kriegsfreiwilliger Gefreiter Gerh. Schroeder, Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Schroeder, Kreisarzt in Charlottenburg.

Cholera: In der Türkei sind in der Zeit vom 28. August bis 20. Oktober 660 Erkrankungen an Cholera mit 364 Todesfällen gemeldet, darunter 19 (8) in Konstantinopel.

Pocken: Im Deutschen Reich betrug die Zahl der Pocken-Erkrankungen in den Wochen vom 26. November bis 9. Dezember: 8 und 11.

Fleckfieber. Im Deutschen Reich ist vom 26. November bis 3. Dezember nur 1 Fleckfiebererkrankung bei einem Kriegsgefangenen amtlich gemeldet; in Ungarn sind vom 6.—12. November 11 Erkrankungen festgestellt.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 12. bis 25. November 1916 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Cholera, Trichinose, Aussatz, Malaria, Fleckfieber: Rückfallfieber, Paratyphus, Rotz: — (—), — (—); Milzbrand: — (—), 1 (—); Tollwut: — (1), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 9 (—), 2 (—); Pocken: 1 (—), 4 (—). Unterleibstyphus: 329 (28), 237 (24); Ruhr: 100 (10), 87 (13); Diphtherie: 2578 (164), 2319 (175); Scharlach: 1036 (42), 1047 (33); Kindbettfieber: 66 (25), 54 (18); übertragbare Genickstarre: 3 (2), 3 (3); spinaler Kinderlähmung: 3 (—), — (—(; Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 9 (1), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 90, 55; Tuberkulose (gestorben): 740, 706.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. M. in M.: Gilt die allgemeine Verfügung des Staatsministeriums vom 13. Oktober 1911 über die Festsetzung von Pauschvergütungen für Dienstreisen nach nahe gelegenen Orten auch für die Medizinalbeamten?

Antwort: Ja; vorausgesetzt, daß die Bedingungen der allgemeinen Verfügung zutreffen. Nach § 5 gilt diese Verfügung aber nicht für Reisen, für die an Stelle der im Reisekostengesetz vom 24. September 1910 vorgesehenen Vergütungen gemäß § 17 oder § 8 Abs. 2 oder § 9 des Reisekostengesetzes Beträge in anderer als der in dieser Verfügung vorgesehenen Weise festgesetzt sind oder festgesetzt werden, z. B. bei Reisen in gerichtlichen Angelegenheiten, für die die Königl. Verordnung vom 14. Juli 1909 maßgebend ist. Für diese Reisen erhalten die Medizinalbeamten also keine Pauschvergütung nach der Verfügung vom 13. Oktober 1911, sondern an Tagegeld 9 M., an Fahrkosten für das Kilometer Eisenbahn I. Kl. 9 Pf., II. Kl. 7 Pf. und für jeden Zu- und jeden Abgang am Wohnorte oder am auswärtigen Uebernachtungsorte 1,50 M.

Kalender für Medizinalbeamte.

Infolge des großen Mangels an Arbeitskräften sowohl in der Buchdruckerei, als in der Buchbinderei ist es leider nicht möglich gewesen, den Kalender für Medizinalbeamte rechtzeitig fertigzustellen. Seine Versendung wird daher erst Ende dieses Monats erfolgen können.

Die Verlagsbuchhandlung. **Der Herausgeber.**

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen und Preussischen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, etwa bevorstehende **Wohnungsänderungen umgehend** der **Expedition der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W.** — mitzuteilen, damit in der Zustellung der Zeitschrift mit Beginn des neuen Jahres keine Unterbrechung eintritt. Gleichzeitig wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Zeitschrift **nicht** bei der Post zu bestellen ist, da die **Zustellung von seiten des Vereins** bewirkt wird.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.





